

Masterarbeit

Die rechtliche Betrachtung der Dokumentationspflicht in der Notfallmedizin

zur Erlangung des akademischen Grades

„Master of Laws (Medical Law)“ (LL.M.)

im Rahmen des Universitätslehrganges

„Medizinrecht“

an der Leopold-Franzens-Universität Innsbruck

vorgelegt von

Dr. med. univ. Lisa Maria Schlögl

eingereicht bei

Univ.-Prof. Mag. Dr. Bernhard A. Koch LL.M.

Trins, 19.05.2024

EIDESSTATTLICHE ERKLÄRUNG

Ich erkläre hiermit an Eides statt durch meine eigenständige Unterschrift, dass ich die vorliegende Master Thesis selbständig verfasst und keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt habe. Alle Stellen, die wörtlich oder inhaltlich den angegebenen Quellen entnommen wurden, sind als solche kenntlich gemacht.

Darüber hinaus erkläre ich, dass ich diese Master Thesis bisher weder im In- noch im Ausland in gleicher oder ähnlicher Form als Prüfungsarbeit vorgelegt habe.

Ort, Datum

Unterschrift

Aus Gründen der einfacheren Lesbarkeit wird in dieser Masterarbeit auf die geschlechtsspezifische Differenzierung verzichtet. Es sind jedoch immer alle Geschlechter im Sinne der Gleichbehandlung angesprochen.

Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis.....	VI
Tabellenverzeichnis.....	VIII
Liste der verwendeten Abkürzungen.....	IX
Zusammenfassung.....	XII
Abstract.....	XIII
1 Einleitung.....	1
1.1 Relevanz.....	1
1.2 Die Notfallmedizin.....	3
1.3 Dokumentationspflichtige Personen in der Notfallmedizin	4
1.3.1 Der Notarzt.....	4
1.3.2 Der Notfallsanitäter.....	5
1.3.3 Die Verantwortung.....	5
1.4 Ziele und Fragestellung dieser Masterarbeit	6
1.5 Methodisches Vorgehen im Rahmen dieser Masterarbeit.....	7
2 Form der Dokumentation.....	8
2.1 Allgemein.....	8
2.2 Papierdokumentation: Notarztprotokoll	11
2.3 Digitale Dokumentation: Medicalpad.....	12
2.4 Gedächtnisprotokolle.....	13
2.5 Ein Blick auf die innerklinische Notfalldokumentation	13
3 Zeitpunkt der Dokumentation	15
3.1 Unmittelbarkeit.....	15
3.2 Konsequenzen bei zeitlicher Verzögerung.....	16
3.3 Korrekturen.....	16
4 Inhalt der Dokumentation	18
4.1 Allgemein.....	18
4.2 Datenschutzrechtliche Vorgaben.....	23
4.3 § 51 Abs 1 ÄrzteG im Rahmen der Notfallmedizin	24
4.4 Das Protokoll	26
4.4.1 Einsatzdaten / Einsatztechnische Daten.....	32
4.4.2 Die Patienten-Stammdaten	32

4.4.3	Die Notfallanamnese	32
4.4.4	Die Erstdiagnose	33
4.4.5	(M)NACA-Score	34
4.4.6	Durchgeführte Maßnahmen	34
4.4.7	Protokollunterschiede	35
4.5	Besonderheiten in der Dokumentation	35
4.5.1	Personen ohne Identitätsfeststellung	35
4.5.2	Die Patientenverfügung	36
4.5.3	Der Revers	38
4.5.4	Die Belassung	40
4.5.5	Die Todesfeststellung	42
5	Zwecke der Dokumentationspflicht	44
5.1	Medizinische Anforderungen – Therapiesicherung	44
5.2	Forensische Anforderungen – Beweissicherung	45
5.3	Anforderungen hinsichtlich Patientenautonomie – Rechenschaftslegung.....	47
5.4	Administrative Anforderungen – Leistungsrechtliche und qualitätssichernde Funktion	47
5.5	Wissenschaftliche Anforderungen an die ärztliche Dokumentation.....	48
6	Aufbewahrung der Dokumentation	49
7	Einsichtsrecht des Patienten in die Dokumentation.....	50
8	Rechtsfolgen bei Verletzung der Dokumentationspflicht	51
9	Umfrage zur Dokumentationspflicht von Notärzten	53
9.1	Ziel der Umfrage	53
9.2	Zielgruppe der Umfrage.....	53
9.3	Methodisches Vorgehen	53
9.3.1	Entwicklung und Gestaltung der Umfrage.....	53
9.3.2	Datenerhebung.....	55
9.3.3	Datenaufbereitung und Datenauswertung.....	55
9.4	Ergebnisse der Umfrage.....	55
9.4.1	Teilnehmer dieser Umfrage	55
9.4.2	Allgemeines zur Dokumentation in der präklinischen Notfallmedizin in Tirol	58
9.4.3	Dokumentationsformen in der präklinischen Notfallmedizin in Tirol....	63

9.4.4	Dokumentationssystem in der präklinischen Notfallmedizin in Tirol....	69
9.4.5	Dokumentationsdauer in der präklinischen Notfallmedizin in Tirol.....	72
9.4.5.1	Technische und rechtliche Probleme bei der Dokumentation in der präklinischen Notfallmedizin in Tirol.....	76
9.4.6	Die Rolle der Patientenverfügung in der präklinischen Notfallmedizin in Tirol	79
10	Diskussion	80
10.1	Form der Dokumentation	80
10.2	Zeitpunkt und Dauer der Dokumentation	82
10.3	Inhalt der Dokumentation.....	84
10.4	Probleme und Rechtsfolgen bei der Dokumentation	86
10.5	Zusammenfassung & Schlussfolgerung	88
	Literaturverzeichnis	89
	Anhang.....	91

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	Aus dem Video „MEDICALPAD – A faster way to collect data“ von Weinmann Emergency	12
Abbildung 2:	NACA-X Handprotokoll von Trimmel V. 6.0	28
Abbildung 3:	DIVI Protokoll V. 6.0 (Seite 1)	29
Abbildung 4:	DIVI Protokoll V. 6.0 (Seite 2)	30
Abbildung 5:	Handschriftliches Protokoll der ÖAMTC Flugrettung – Hohlrieder/Kaufmann, 2014	31
Abbildung 6:	Beispiel eines Reversformulars – Österreichisches Rotes Kreuz, Landesverband Tirol	40
Abbildung 7:	Ablauf Notarzt-Einsatz beim sterbenden Menschen	42
Abbildung 8:	Die Dokumentationspflicht als wichtiger Bestandteil der Patientenversorgung	59
Abbildung 9:	Die Dokumentationspflicht als Belastung in der präklinischen Notfallmedizin	59
Abbildung 10:	Subjektive Zunahme des Dokumentationsaufwands in der Notfallmedizin in den letzten 5 Jahren	61
Abbildung 11:	Bereitschaft, zum Zwecke der Qualitätssicherung mehr Daten zu dokumentieren	62
Abbildung 12:	Einsichtnahme in die Dokumentation durch den Patienten oder dessen rechtlichen Vertreter	63
Abbildung 13:	Verwendung handschriftliches Protokoll vs digitale Dokumentation	64
Abbildung 14:	Verwendung des handschriftlichen Protokolls in Abhängigkeit von der Notarzt-Tätigkeitsdauer	64
Abbildung 15:	Ausschließlich digitale Dokumentation	67
Abbildung 16:	Zusätzliche eigene Aufzeichnungen neben den analogen und digitalen Dokumentationen	68

Abbildung 17: Andere Dokumentationssysteme außer Trimmel-Protokoll und Medicalpad	70
Abbildung 18: Durchschnittliche Dokumentationszeit in der Notfallmedizin pro Patient.....	73
Abbildung 19: Zeitliches Aufschieben der Dokumentation aufgrund eines Folgeinsatzes.....	75
Abbildung 20: Rolle der Dokumentation bei rechtlichen Konsequenzen notfallmedizinischer Einsätze	79
Abbildung 21: Einsicht in Patientenverfügungen vor Eintreffen am Notfallort	79

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Teilnehmer der Umfrage zur Dokumentationspflicht in der Notfallmedizin in Tirol.....	56
Tabelle 2:	Tätigkeitsdauer der Teilnehmer in der präklinischen Notfallmedizin.....	56
Tabelle 3:	Tätigkeit der Teilnehmer an Stützpunkten	57
Tabelle 4:	Verteilung der Teilnehmer bezüglich Notarztstützpunkten	58
Tabelle 5:	Die Dokumentationspflicht in der präklinischen Notfallmedizin als Belastung	60
Tabelle 6:	Gründe für eine Zunahme des Dokumentationsaufwandes in der Notfallmedizin.....	61
Tabelle 7:	Erfassung medizinischer Daten in der digitalen Dokumentation.....	65
Tabelle 8:	Zusätzliche eigene Aufzeichnungen	68
Tabelle 9:	Erlernen der notfallmedizinischen Dokumentation.....	72
Tabelle 10:	Zeitliche Finalisierung der handschriftlichen Dokumentation	73
Tabelle 11:	Zeitliche Finalisierung der digitalen Dokumentation	74
Tabelle 12:	Zeitraum, in welchem es der Erfahrung nach möglich ist, eine korrekte und ausreichende Dokumentation zu erstellen	75
Tabelle 13:	Schätzungen bezüglich medizinischer vs administrativer Dokumentationszeit.....	76
Tabelle 14:	Probleme technischer oder rechtlicher Natur hinsichtlich der Dokumentation	77
Tabelle 15:	Erfahrung mit Einsätzen mit rechtlichen Konsequenzen	78

Liste der verwendeten Abkürzungen

A-B-C-D-E	Airway, Breathing, Circulation, Disability, Exposure/Environment
ABGB	Allgemeines bürgerliches Gesetzbuch
ABI	Amtsblatt
Abs	Absatz
ÄLRD	Ärztlicher Leiter Rettungsdienst
AMG	Arzneimittelgesetz
App	Application Software
Art	Artikel
ÄrzteG	Ärztegesetz
ASVG	Allgemeines Sozialversicherungsgesetz
AWMF	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften
BGBI	Bundesgesetzblatt
BGB	Bürgerliches Gesetzbuch
B-VG	Bundes-Verfassungsgesetz
CCU	Kardiologische Intensivstation
DIVI	Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin
DSGVO	Datenschutz-Grundverordnung
EDV	Elektronische Datenverarbeitung
EGMR	Europäischer Gerichtshof für Menschenrechte
EKG	Elektrokardiogramm
ELGA	Elektronische Gesundheitsakte
EMRK	Europäische Menschenrechtskonvention
ERC	European Resuscitation Council
EU	Europäische Union
gem	gemäß
GesR	Gesundheitsrecht
ggf	gegebenenfalls
GQG	Gesundheitsqualitätsgesetz
GTelG	Gesundheitstelematikgesetz
hM	herrschende Meinung
Hrsg	Herausgebende

idF	in der Fassung
iRd	im Rahmen der
iSv	im Sinne von
iVm	in Verbindung mit
Jg	Jahrgang
KaKuG	Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz
Kap	Kapitel
LIV	Landesinstitut für Integrierte Versorgung Tirol
lit	littera
MBO-Ä	(Muster-)Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte
med	medizinisch
MIND	Minimaler Notfalldatensatz
NACA	National Advisory Committee for Aeronautics
NAS	Notarzt – Selbstfahrer
NA-V	Notärztinnen/Notärzte-Verordnung
NEF	Notarzteinsatzfahrzeug
Nr	Nummer
oä	oder Ähnliches
ÖAMTC	Österreichischer Automobil-, Motorrad- und Touring Club
OGH	Oberster Gerichtshof
PatVG	Patientenverfügungsgesetz
PC	Personal Computer
rdb	Rechtsdatenbank
RdM	Recht der Medizin (Zeitschrift)
Rn	Randnummer
RTW	Rettungstransportwagen
SanG	Sanitätergesetz
StGB	Strafgesetzbuch
Tir KAG	Tiroler Krankenanstaltengesetz
T-RDG	Tiroler Rettungsdienstgesetz
ua	unter anderem
UbG	Unterbringungsgesetz
uU	unter Umständen

V	Version
Va	Verdacht auf
VersR	Versicherungsrecht
vgl	vergleiche
vs	versus
zB	zum Beispiel
ZPO	Zivilprozessordnung

Zusammenfassung

Einleitung: Die Dokumentationspflicht zählt zu den Aufgaben von Ärzten im klinischen und präklinischen Berufsalltag. Entsprechend den rechtlichen Vorgaben muss eine medizinische Dokumentation bei oder nach jedem Patientenkontakt erfolgen. In welcher Form, zu welcher Zeit und mit welchen inhaltlichen Vorgaben die Dokumentation der Patientenkontakte im Alltag durchgeführt wird, lässt Raum für Interpretation und Diskussion.

Ziel der Arbeit: Ziel dieser Masterarbeit ist es aufzuzeigen, welche Rechtsgrundlagen die Dokumentationspflicht in der Notfallmedizin begründen, welche Folgen Verstöße gegen die Dokumentationsvorgaben haben, und herauszufinden, wie die notfallmedizinische Dokumentation in Tirol hinsichtlich der Form, des Inhalts und des Zeitpunkts aktuell erfolgt, und dies mit der herrschenden Dokumentationspflicht zu vergleichen.

Methoden: Es erfolgte eine Literaturrecherche zu den rechtlichen Grundlagen und der herrschenden Meinung in der Rechtsprechung und Lehre zum Thema der ärztlichen Dokumentationspflicht. Um einen Einblick in die derzeitigen Standards der notfallmedizinischen Dokumentation in Tirol zu erhalten und um relevante Erfahrungen, Perspektiven und Meinungen hinsichtlich der Dokumentation(-spflicht) von Notärzten zu sammeln, wurde zudem eine webbasierte Umfrage zum Thema mit Notärzten in Tirol durchgeführt und ausgewertet.

Ergebnisse/Diskussion: Die Dokumentation des präklinischen Notfalls ist mehr als ein reiner Akt der Bürokratie. Je medizinisch schwieriger und herausfordernder der Einsatz ist, umso schwieriger wird es auch sein, eine vollständige Dokumentation bis zur Übergabe des Patienten im Krankenhaus zu erstellen. Die standardisierten digitalen und analogen Einsatzprotokolle sollen helfen, die medizinischen und rettungstaktischen Aspekte in der präklinischen Notfallmedizin systematisch zu erfassen und festzuhalten. Die Entwicklung und Weiterentwicklung der Dokumentationsstandards werden als Aufgaben der Medizin und weniger der Rechtswissenschaft angesehen. Die Dokumentation sollte ihren Zwecken entsprechend gestaltet werden.

Abstract

Background: The documentation obligation is one of the tasks of medical doctors in their daily clinical and preclinical work. In accordance with legal requirements, medical documentation must be carried out during or after each patient contact. In which form, at what time and with which content specifications the documentation of patient contacts is carried out leaves room for interpretation and discussion.

Aim of the thesis: The aim of this master's thesis is to show which legal bases justify the documentation obligation in emergency medicine, what consequences violations of the documentation requirements have and to find out how emergency medical documentation in Tyrol is currently carried out in terms of form, content and timing and to compare this with the prevailing documentation obligation.

Methods: A literature research was conducted as to the legal basis and the prevailing opinion in case law and doctrine on the subject of medical documentation obligation. In order to gain an insight into the current standards in emergency medical documentation in Tyrol and to obtain relevant experiences, perspectives and opinions regarding the documentation (obligation) of emergency physicians, a digital survey on the topic was also conducted and evaluated among emergency physicians in Tyrol.

Results/discussion: The documentation of prehospital emergencies is more than just an act of bureaucracy. The more medically difficult and challenging the operation is, the more difficult it will be to complete documentation before the patient is handed over to the hospital. The standardized digital and analogous deployment protocols should help to systematically record and document the medical and tactical rescue aspects in preclinical emergency medicine. The development and further development of documentation standards is considered to be the task of medicine rather than law. The documentation should be designed according to its purpose.

1 Einleitung

1.1 Relevanz

Jeden Arzt betrifft neben den Pflichten zu Verschwiegenheit, Hilfeleistung, Anzeige, Meldung, Auskunft, Fortbildung und Sorgfalt auch jene zur Dokumentation. Dass eine Dokumentation im Rahmen der Patientenbehandlung geführt werden muss, ist in unterschiedlichen rechtlichen Normen definiert. In welcher Form, zu welcher Zeit und mit welchen inhaltlichen Vorgaben dies zu erfolgen hat, lässt jedoch Raum für Interpretationen und Diskussionen.

Die angeführten Verpflichtungen (ua die Dokumentationspflicht) können, da sie rechtlich ordnungsgemäß gemacht werden müssen, in der Praxis auch zu Unmut führen, bieten jedoch einen Schutz sowohl für den Patienten als auch den behandelnden Arzt.¹

Die medizinische Dokumentation der Krankengeschichte sowie des Behandlungsverlaufs von Patienten hat sich innerhalb der letzten Jahrzehnte stark verändert und zunehmend an Bedeutung gewonnen. Der wissenschaftliche und technische Fortschritt sowie die sich daraus entwickelnde moderne Medizin mit ihrer Aufsplitterung in diverse Spezialdisziplinen hat zu einem rasanten Anstieg von Daten geführt, womit auch der Bedarf, die normativen Rahmenbedingungen im Arzt-Patientenverhältnis anzupassen und zu verändern, stieg. Diente die Dokumentation in den Anfängen eher noch als Unterstützung für Ärzte, um sich an den Patienten, die verwendete Diagnostik oder Therapien zu erinnern, so lassen sich die Bestimmungen über die Dokumentationspflichten für Ärzte heute einerseits aus berufsrechtlichen Vorgaben wie dem Ärztegesetz (ÄrzteG)² oder jene der Sanitäter aus dem Sanitätergesetz (SanG)³ ableiten. Andererseits galt und gilt die Dokumentationspflicht als Nebenpflicht des Behandlungsvertrags.⁴

¹ *Halmich*, Recht für Sanitäter und Notärzte² (2016) 77.

² § 51 ÄrzteG.

³ § 5 SanG.

⁴ OGH, 23.05.1984, 1 Ob 550/84.

Ziel der mit der Novelle BGBl 1994/100 eingeführten Dokumentationspflicht im Ärztegesetz war einerseits eine Verbesserung der Patientenrechte und andererseits das Schaffen einer Grundlage für die behandelnden Ärzte, durch welche sie ihrer Auskunftspflicht oder auch Beweislast im Rahmen von Haftpflichtansprüchen nachkommen können.⁵ Laut Rehborn/Kern sei eine Dokumentation, welche aus medizinischer Sicht nicht erforderlich ist, auch aus Rechtsgründen nicht geboten, da der rechtliche Rahmen nicht über das aus medizinischen Gründen erforderliche Ausmaß hinausgehe.⁶

Darüber hinaus enthalten die Patientenchartas zwischen den Bundesländern und dem Bund in Artikel 21 zusätzliche Regelungen zur Dokumentationspflicht.⁷ Hier wird explizit angemerkt, dass sicherzustellen ist, dass in der Dokumentation auch Willensäußerungen der Patienten festgehalten werden sollten, vor allem für den Fall des Verlustes der Handlungsfähigkeit des Patienten, wenn dieser eine bestimmte Behandlung oder Behandlungsmethode ablehnt, zum Beispiel in Form einer Patientenverfügung.

In der Judikatur wird davon ausgegangen, dass eine nicht dokumentierte Maßnahme auch nicht durchgeführt wurde.⁸ Arbeiteten Ärzte früher den Großteil ihrer Arbeitszeit direkt am und mit dem Patienten, so hat sich dies im Laufe der letzten Jahrzehnte stark verändert. Heute verbringen Ärzte im Schnitt oft mehr Zeit damit, den stattgefundenen Patientenkontakt zu dokumentieren, als dieser selbst gedauert hat. Der Zeitaufwand für Dokumentationsarbeiten hat sich dementsprechend gesteigert, was unter anderem nicht zuletzt auch auf die zunehmenden Zahlen der Patientenkontakte im Krankenhaus bzw auf die höheren Einsatzfrequenzen im Notarztwesen zurückgeführt werden kann. Eine Entwicklung, die gerade von Ärzten immer häufiger kritisiert wird.

Der Dokumentationsumfang sollte sich laut OGH an den Zwecken der Dokumentation orientieren. Dazu zählen die Therapiesicherung, die Beweissicherung und die

⁵ *Stellamor/Steiner*, Handbuch des österreichischen Ärzterechts, Bd I Arzt und Recht (1999, idF Handbuch I) 160.

⁶ *Rehborn/Kern* in Laufs/Kern/Rehborn, Handbuch des Arztrechts⁵ (2019, idF Handbuch⁵) § 61 Rn 10.

⁷ Siehe nur die Wiener Vereinbarung zur Sicherstellung der Patientenrechte (Patientencharta), BGBl I 2006/42.

⁸ OGH 25.01.1994, 1 Ob 532/94.

Rechenschaftslegung.⁹ Im Hinblick auf die disziplinarrechtliche Judikatur ist laut Stellamor/Steiner gem § 49 Abs 1 ÄrzteG das Gebot der Gewissenhaftigkeit nicht nur bei der Behandlung des Patienten anzuwenden, sondern auch bei der Dokumentation zu beachten. Denn die Dokumentation gilt als Teil der ganzheitlichen Betreuung des Patienten und kann im Verlauf als Grundlage zur (Weiter-)Behandlung des Patienten dienen. Eine gewissenhafte Dokumentation sei dem ärztlichen Personal trotz der bekannten „Hektik des Spitalbetriebs“ folglich ausdrücklich zumutbar.¹⁰ Im Vergleich der unterschiedlichen Disziplinen müssen dabei in der Notfallmedizin meist am zeitlich dringlichsten oft (folgen-)schwere Entscheidungen getroffen werden. Auf eine entsprechende Dokumentation muss daher auch hier geachtet werden.

1.2 Die Notfallmedizin

In der Notfallmedizin kann zwischen präklinischen und innerklinischen Notfällen unterschieden werden. Der innerklinische Notfall wird von dem zuständigen und qualifizierten ärztlichen Personal auf den Ambulanzen oder Stationen oder durch ein haus-eigenes Herzalarmteam betreut. Präklinisch sind immer Ärzte mit erforderlichen Zusatzqualifikationen, sogenannte Notärzte (Ärzte für Allgemeinmedizin oder Fachärzte, die für die präklinische Notfallmedizin qualifiziert sind)¹¹ im Einsatz, um Notfallpatienten mit potenziellen oder bestehenden Vitalfunktionsstörungen im Rahmen des organisierten Notarztdiensts zu behandeln. Gängige Einsatzmittel im Notarztsystem stellen insbesondere der Notarzteinsatzwagen, das Notarzteinsatzfahrzeug und der Notarzthubschrauber dar.

Aufgrund von (Umgebungs-)Bedingungen, wie bisher unbekannte Patienten, fehlendes bzw geringes Wissen über medizinische Befunde des Patienten und dessen Willen bezüglich Intensivierungen einer ärztlichen Behandlung, dem Faktor Zeit oä stellt sich das Arbeitsumfeld von präklinisch tätigen Notärzten oft als herausfordernd dar.¹²

Aufgrund dieser vorherrschenden Arbeitsbedingungen und um folglich einen möglichst reibungslosen Ablauf von Notfalleinsätzen zu gewährleisten, ist es empfehlenswert, dass sich Notärzte bereits in der Ausbildung ausführlich mit den rechtlichen

⁹ OGH 28.08.1997 3 Ob 2121/96z.

¹⁰ *Stellamor/Steiner*, Handbuch I, 471-472.

¹¹ Siehe § 40 ÄrzteG.

¹² *Halmich*, Recht für Sanitäter und Notärzte² (2016) Vorwort.

Rahmenbedingungen von Notfalleinsätzen in allen möglichen Formen sowie der dazugehörigen Dokumentation auseinandersetzen.

1.3 Dokumentationspflichtige Personen in der Notfallmedizin

1.3.1 Der Notarzt

§ 51 ÄrzteG schreibt vor, dass Ärzte (darunter auch Notärzte) verpflichtet sind, bei jeder zur Beratung oder Behandlung übernommenen Person Aufzeichnungen zu führen; insbesondere über

- den Zustand der Person,
- die Gesundheits-/Krankengeschichte der Person,
- die Diagnose(n) der Person,
- den Krankheitsverlauf der Person,
- „Art und Umfang der beratenden, diagnostischen oder therapeutischen Leistungen einschließlich der Anwendung von Arzneyspezialitäten und der zur Identifizierung dieser Arzneyspezialitäten und der jeweiligen Chargen im Sinne des § 26 Abs 8 AMG [...] erforderlichen Daten.“¹³

Ärzte sind laut § 51 ÄrzteG zudem verpflichtet, „der beratenen oder behandelten oder zu ihrer gesetzlichen Vertretung befugten Person alle Auskünfte zu erteilen. In Fällen eines Verdachts im Sinne des § 54 Abs 4 ÄrzteG sind von Ärzten Aufzeichnungen über die den Verdacht begründenden Wahrnehmungen zu führen. [...] Arzt ist verpflichtet, dem Patienten Einsicht in die Dokumentation zu gewähren und/oder gegen Kostenersatz die Herstellung von Abschriften zu ermöglichen.“¹⁴

Für freiberuflich tätige Notärzte wird die persönliche Dokumentationspflicht in § 51 ÄrzteG geregelt; bei über eine Krankenanstalt Angestellten¹⁵ ist der verantwortliche

¹³ § 51 Abs 1 ÄrzteG.

¹⁴ § 51 Abs 1 ÄrzteG.

¹⁵ § 10 Abs 1 Z 2 lit a KAKuG.

Arzt für die ärztlichen Aufzeichnungen zuständig. In der präklinischen Notfallmedizin kann dies nur der beim Einsatz anwesende, sprich der diensthabende Notarzt sein.

Die Krankenhausträger delegieren die Ausführung der Dokumentationspflicht meist vertraglich an den leitenden Arzt einer Abteilung („Primararzt“), welcher im Allgemeinen jedoch nicht höchstpersönlich zur Dokumentation verpflichtet ist.

Es obliegt ihm, die Aufgabe einer ordnungsgemäßen Dokumentation weiter zu delegieren. Dies entbindet den tätig gewordenen (Not-)Arzt aber nicht von seiner beruflichen Verpflichtung, auch seinerseits eine ordnungsgemäße Dokumentation vorzunehmen oder – zumindest – sicherzustellen.¹⁶

1.3.2 Der Notfallsanitäter

In der Notfallmedizin kommt neben der ärztlichen Dokumentationspflicht auch jene von Sanitätern zum Tragen. Die rechtliche Grundlage dafür ist in § 5 SanG verankert. Abs 1 lautet wie folgt: „Sanitäter haben bei Ausübung ihrer Tätigkeit die von ihnen gesetzten sanitätsdienstlichen Maßnahmen zu dokumentieren.“

Eine Unterscheidung zwischen Rettungssanitätern und Notfallsanitätern (+/- allgemeiner oder auch besonderer Notfallkompetenz) wird nur insofern schlagend, als sie andere bzw mehr Maßnahmen zu dokumentieren haben. Jeder muss somit jene Maßnahmen, welche von ihm gesetzt wurden, dokumentieren.

1.3.3 Die Verantwortung

Bei dieser Form der Zusammenarbeit von unterschiedlichen Gesundheitsberufen werden die gesetzten sanitätsdienstlichen Maßnahmen vom Sanitäter dokumentiert, die ärztlich gesetzten Maßnahmen durch den zuständigen Notarzt. In einer gemeinsam geführten Dokumentation ist somit jeder „Behandler“ selbst für seinen Teil der Aufzeichnungen verantwortlich.¹⁷ Die ärztlichen Dokumentationen werden dabei vom jeweiligen Notarzt unterschrieben und sind damit vidiert.

¹⁶ *Rehborn/Kern* in *Laufs/Kern/Rehborn*, Handbuch⁵ § 61 Rn 25.

¹⁷ *Kletečka-Pulker* in *Aigner/Kletečka/Kletečka-Pulker/Memmer*, Handbuch Medizinrecht (Stand 01.10.2020, rdb.at, idF Handbuch Medizinrecht) Kap. I.5.8.1.

Auch wenn der Patient auf eine Dokumentation der Krankengeschichte bzw der Behandlung im Notfall verzichten möchte (ua vor allem wenn für ihn unangenehme oder peinliche Inhalte dokumentiert werden könnten), ist der Notarzt oder Sanitäter zur Dokumentation verpflichtet.¹⁸ Denn diese hat wie nachfolgend beschrieben neben der Therapiesicherung des Patienten auch andere Zwecke, wie beispielsweise Beweiszwecke.

Der ärztliche Leiter des Rettungsdiensts kann im Rahmen seiner Aufgaben Einsicht in die im Rettungsdienst verfassten Dokumentationen in pseudonymisierter Form verlangen. Im Einzelfall hat er auch das Recht, personalisierte Daten einzusehen, sofern dies für die Überprüfung im Interesse von Leben oder Gesundheit künftiger Notfallpatienten erforderlich ist.¹⁹

1.4 Ziele und Fragestellung dieser Masterarbeit

Ziel dieser Masterarbeit war aufzuzeigen, welche Rechtsgrundlagen die Dokumentationspflicht in der Notfallmedizin begründen, welche Folgen Verstöße gegen die Dokumentationsvorgaben haben und herauszufinden, wie die notfallmedizinische Dokumentation in Tirol aktuell erfolgt.

Entsprechend dem Ziel ergaben sich folgende Fragestellungen für diese Masterarbeit:

- Welche Rechtsgrundlagen begründen die Dokumentationspflicht in der Notfallmedizin und was gilt es dabei zu beachten?
- Welche Folgen bringt ein Verstoß gegen die Dokumentationsvorgaben mit sich?
- Wie werden die rechtlichen Normen in den derzeitigen Standards in der notfallmedizinischen Dokumentation am Beispiel des Notarztwesens in Tirol umgesetzt?

¹⁸ Kletečka-Pulker in Handbuch Medizinrecht (Stand 01.10.2020, rdb.at) Kap. I.5.1.

¹⁹ § 7 Abs 5 T-RDG.

Die nachfolgenden Ausführungen beziehen sich daher auch im Wesentlichen auf die Situation in Tirol.

1.5 Methodisches Vorgehen im Rahmen dieser Masterarbeit

Zur Beantwortung der in 1.4 angeführten Fragestellungen und um aktuelle Ergebnisse zum Thema zu erhalten, erfolgte eine Literaturrecherche im Zeitraum von Juli 2023 bis März 2024. Um einen Einblick in die derzeitigen Standards in der Notfallmedizinischen Dokumentation in Tirol zu erhalten und um relevante Erfahrungen, Perspektiven und Meinungen hinsichtlich Dokumentation(-spflicht) von Notärzten in Tirol zu sammeln, wurde zudem eine Umfrage zum Thema mit Notärzten in Tirol durchgeführt. Das methodische Vorgehen im Rahmen dieser Umfrage wird in Kapitel 9.3 detailliert beschrieben.

In den Kapiteln 2-7 wird die Fragestellung 1 anhand von entsprechender Literatur und herrschenden Rechtsgrundlagen beantwortet. Kapitel 8 dieser Masterarbeit gibt Antwort auf Fragestellung 2. In Kapitel 9 werden die Ergebnisse der im Rahmen dieser Arbeit durchgeführten Umfrage dargestellt, welche Antworten auf die Fragestellung 3 liefern.

2 Form der Dokumentation

2.1 Allgemein

Der Gesetzgeber in Österreich gibt keine näheren Vorgaben dazu, in welcher Form die Dokumentation von (Not-)Ärzten zu erfolgen hat. Es kann somit sowohl eine händische als auch eine elektronische Dokumentation geführt werden. Das Ziel der Dokumentation sollte allerdings immer sein, dass der Behandlungsablauf und der Befund für einen Dritten zu einem späteren Zeitpunkt gut nachvollziehbar und rekonstruierbar sind.²⁰

In der deutschen Gesetzgebung ist ausdrücklich geregelt, dass die Dokumentation der Behandlung in Papierform oder elektronisch geführt werden muss.²¹ Diese Schriftlichkeit wird in den österreichischen Normen hingegen nicht explizit verlangt.

Eine schriftliche Dokumentation stellt in der Praxis die einfachste und auch die standardmäßig verwendete Form dar. In Zeiten des technischen Fortschritts kann diskutiert werden, ob nicht eine Audiodatei alleine, ohne ihre Verschriftlichung, bereits als ausreichende Dokumentation gelten kann. Wie Bayer ausführt, könnte die diktierte Fassung der Dokumentation erst zu einem späteren Zeitpunkt verschriftlicht werden. Aber erst die schriftliche Version gelte dann als endgültiger Bericht.²² Folglich ist aus rechtlicher Sicht eine schriftliche Dokumentation von Bedarf.

Vor allem bei gemeinsam geführten Dokumentationen ist zu kennzeichnen, wer welchen Teil dokumentiert hat.²³ Die Verwendung von Codes und Kürzeln ist, soweit diese von den durch die Dokumentation adressierten Dritten verstanden werden, zulässig.²⁴

Die Dokumentation im Bereich der Notfallmedizin wird im Vergleich zum innerklinischen Alltag durch folgende Faktoren erschwert: den vorherrschenden Zeitdruck; die wechselnden und teils schwierigen äußeren Umstände, mit welchen man sich beim

²⁰ *Kletečka-Pulker* in Handbuch Medizinrecht Kap. I.5.7.1.

²¹ § 630f Abs 1 BGB.

²² *Bayer*, Ärztliche Dokumentationspflicht und Einsichtsrecht in Patientenakten (2018) Kap E 59.

²³ *Kletečka-Pulker* in Handbuch Medizinrecht Kap I.5.8.1.

²⁴ *Kletečka-Pulker* in Handbuch Medizinrecht Kap I.5.7.2.

präklinischen Notfall arrangieren muss; den oft vital bedrohten Patienten. Speziell für den Notarzteinsatz konzipierte Protokolle haben sich daher bewährt, um trotz dieser beschriebenen herausfordernden Faktoren eine möglichst schnelle, übersichtliche und vollständige Dokumentation zu erreichen.²⁵

Wenn man die Bundesländer Österreichs miteinander vergleicht, gibt es in der Notfallmedizin keine einheitliche Dokumentationsform. Der Grund dafür liegt wohl darin, dass die rechtlichen Grundlagen für das Gesundheitswesen zwar im Bundesrecht definiert sind, das Rettungswesen jedoch ausdrücklich von der Bundeskompetenz ausgenommen ist.²⁶ Die Vorgaben zur Form der Dokumentation in der Notfallmedizin verbleiben somit im selbständigen Wirkungsbereich der Bundesländer.²⁷

Am Beispiel von Tirol bedeutet dies Folgendes: War das Rettungswesen früher von den Gemeinden einzeln geregelt, so ist seit 2009 im Tiroler Rettungsdienstgesetz geregelt, dass der öffentliche Rettungsdienst die bedarfsgerechte sowie sparsame, wirtschaftliche und zweckmäßige Erbringung von Leistungen im Landesgebiet sicherzustellen hat.²⁸ Das Land kann die Besorgung von Aufgaben zB an Rettungsorganisationen oder andere geeignete Einrichtungen oder Unternehmen übertragen, wenn diese dafür geeignet sind.²⁹ Es sollte dabei der wirtschaftlich und fachlich am besten geeignete Anbieter ausgewählt werden, um ua die medizinische Dokumentationspflicht, die Verpflichtung zur Mitwirkung an landesweiten Maßnahmen der Qualitätssicherung und die Mitwirkung an der einheitlichen Leistungsstatistik für den öffentlichen Rettungsdienst in Tirol und an der Gesundheitsberichterstattung erfüllen zu können.³⁰

Um eine möglichst einfach zu handhabende und einheitliche Dokumentation in Notfallsituationen zu ermöglichen, welche anschließend auch eine Auswertung der Not-

²⁵ *Fischer/Messelken* in Scholz et al (Hrsg), *Notfallmedizin*³ (2013) 621.

²⁶ Art 10 Abs 1 Z 12 B-VG.

²⁷ Art 15 Abs 1 B-VG.

²⁸ § 3 Abs 1 T-RDG.

²⁹ § 3 Abs 3 T-RDG.

³⁰ § 4 Abs 2 lit I T-RDG.

arzteinsetze erlaubt, hat die DIVI im Jahr 1991 Empfehlungen für ein Notarzteinsatzprotokoll vorgestellt.³¹ Basierend auf diesen wurden unterschiedliche Protokolle herausgegeben. Um eine strukturierte Datenerfassung und Analyse aus den Notfalldaten der Notfalleinsatzprotokolle machen zu können, wurde der Minimale Notfalldatensatz (MIND) entwickelt. Beim MIND, welcher mittlerweile in der vierten Version vorliegt, handelt es sich um einen Kerndatensatz, der eine definierte Menge an Merkmalen und Merkmalsbeschreibungen enthält, welche in der Dokumentation von Rettungs- und Notarztdiensten benötigt werden. Durch den modularen Aufbau wird eine situations- und einsatzgerechte Dokumentation ermöglicht.³² Das Ziel ist es, dadurch einen möglichst schnellen Überblick über Notfallsituationen und die erfolgten Maßnahmen sowie eine möglichst gute Dokumentationscompliance zu erreichen.³³

In Tirol erfolgt die Dokumentation an den NEF (Notarzteinsatzfahrzeug)-Stützpunkten elektronisch mittels Medicalpad; an den Notarzthubschraubern wird hingegen eine andere Software wie zB Leonardo an den ÖAMTC Stützpunkten eingesetzt. Ergänzend wird von einem Großteil der Notärzte ein handschriftliches Protokoll geführt. Die genauen Abläufe werden nachfolgend beschrieben.

Im Vergleich zu Tirol werden beispielsweise in Niederösterreich alle Notarzteinsätze ausschließlich in digitaler Form über eine Online-Webplattform oder über die iPad-App LeoDok dokumentiert. An allen von den Rettungsorganisationen bespielten Standorten sind die Notärzte vertraglich dazu verpflichtet, dieses System zur Dokumentation zu nutzen. Den Notärzten werden für den Bedarfsfall noch Formulare für ein Papier-Kurzprotokoll oder eines zur Todesfeststellung zur Verfügung gestellt. Diese sind jedoch nur additiv zu benutzen.³⁴

Die Qualität der Dokumentation wird in der Praxis durch die verwendeten Vorlagen bzw auch verfügbaren Eingabefelder in den elektronischen Dokumentationssystemen

³¹ *Moecke et al*, DIVI-Notarzteinsatzprotokoll - Version 4.0 in *Anästhesiologie & Intensivmedizin* (2000) 41: 46-49.

³² DIVI, MIND/Notfalleinsatzprotokoll, <divi.de/empfehlungen/qualitaetssicherung-intensivmedizin/mind-notfalleinsatzprotokoll> 27.10.2023.

³³ *Reifferscheid* in Scholz et al (Hrsg), *Notfallmedizin*³ (2013) 581.

³⁴ Notruf Niederösterreich, LeoDok für Notärzte und notarztdoku.at <notrufnoe.com/leodok-fuer-notaerzte/> 21.10.2023.

men bestimmt. Die Vorlagen der Dokumentation im Rahmen des Leistungserfassungs- und Abrechnungssystems fordern es, andere Inhalte abzubilden als die Dokumentation, welche aus medizinischer und juristischer Sicht erforderlich ist.³⁵

2.2 Papierdokumentation: Notarztprotokoll

Die von Fischer/Messelken beschriebenen Vorteile einer papiergestützten analogen Dokumentation liegen in der universellen Verfügbarkeit, der unproblematischen Anwendung auch unter erschwerten äußeren Bedingungen und der sofortigen Verfügbarkeit von Kopien für die weiterbehandelnden Teams. Nachteilig wird festgehalten, dass eine digitale Weiterverarbeitung der Daten ohne den zusätzlichen Schritt der Dateneingabe primär nicht möglich ist.³⁶

Im Notarztwesen in Tirol wird zur notärztlichen Einsatzdokumentation in handschriftlicher Form das NACA-X Handprotokoll zur Verfügung gestellt.

Es handelt sich dabei um ein einseitiges DIN A4 Dokument mit dreifachem Durchschlag, auf welchem die fünf Themen „Einsatzdaten“, „Patient“, „Notfallanamnese“, „Erstdiagnose“ und „Maßnahmen“ aufgeführt sind. Das Ziel dieses entwickelten Standards (NACA-X) ist es, die erhobenen medizinischen Daten in übersichtlicher und strukturierter Weise dem weiterbehandelnden Arzt im Sinne der Therapiesicherheit zur Verfügung stellen zu können.³⁷

Laut Kletečka-Pulker sollte ein derartiges Protokoll aus Sicht von nachbehandelnden Ärzten übersichtlich aufgebaut sein; die Lesbarkeit des Schriftbilds stellt bei handschriftlichen Protokollen jedoch teilweise eine Herausforderung dar, auch wenn darauf hingewiesen wird, dass die Schrift möglichst gut lesbar sein sollte.³⁸

Das Einsatzprotokoll, welches vom Notarzt und dem Sanitäter gemeinsam zu erstellen ist, unterscheidet sich vom Transportbericht, welcher vom Sanitäter ausgefüllt

³⁵ *Rehborn/Kern* in Laufs/Kern/Rehborn, Handbuch⁵ § 61 Rn 27.

³⁶ *Fischer/Messelken* in Scholz et al (Hrsg), Notfallmedizin³ (2013) 622.

³⁷ *Bayer* (Fn 22) Kap E 49.

³⁸ *Kletečka-Pulker* in Handbuch Medizinrecht Kap I.5.4.1.

wird und die Grundlage für die Verrechnung mit dem Sozialversicherungsträger darstellt.³⁹ Heute werden diese Daten standardmäßig ebenso wie die medizinische Dokumentation in digitaler Form aufgezeichnet.

2.3 Digitale Dokumentation: Medicalpad

Auch in der medizinischen Dokumentation haben sich mit zunehmender Digitalisierung Neuerungen ergeben. Im Rahmen des organisierten Notarztwesens in Tirol wird vom Landesverband des Roten Kreuzes zur notärztlichen Dokumentation und Datenerfassung der Einsätze mit Stand März 2024 das Medicalpad von Weinmann Emergency zur Verfügung gestellt. Es handelt sich dabei um eines von vielen Dokumentationssystemen, welche am Markt verfügbar sind.

Die Daten werden beim Medicalpad direkt durch den am Einsatz beteiligten Notarzt digital erfasst. Technisch ist in diesem System neben der Eingabe von Einsatzdaten für die medizinische Dokumentation auch eine Vernetzung vom Endgerät zum Krankenhaus möglich, welche derzeit in der Praxis (zumindest in Tirol) noch nicht standardmäßig genutzt wird. Zudem können Abrechnungsdaten der erbrachten Leistungen über das System eingepflegt werden. Auch eine statistische Auswertung von gespeicherten Daten und die Eingabe von Daten in Datenbanken zu Forschungszwecken ist möglich.⁴⁰

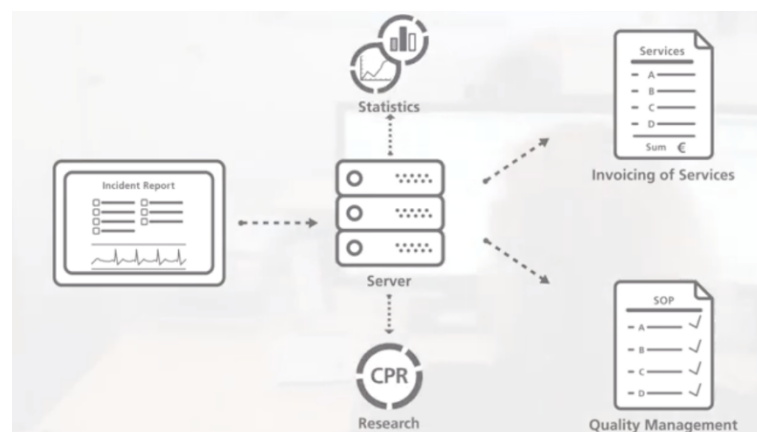


Abbildung 1: Aus dem Video „MEDICALPAD – A faster way to collect data“ von Weinmann Emergency

³⁹ Halmich, Recht für Sanitäter und Notärzte² (2016) 79.

⁴⁰ Siehe Video “Medicalpad - A faster way to collect data” von Weinmann Emergency <<https://www.youtube.com/watch?v=EhWbuXnxV3U>> 18.03.2024.

Eine Einspielung von Dokumentationen der Notarzteinsätze in ELGA ist bisher nicht vorgesehen.⁴¹ Es ist dabei auch wenig Nutzen für die Praxis zu erwarten, da die Patienten in den überwiegenden Fällen im Nachhinein durch eine Krankenanstalt weiterbehandelt werden und entsprechende Arztbriefe Aufschluss über die Diagnosen und Therapien geben. Anders verhält es sich mit der Einsicht in bereits gespeicherte Daten wie Patientenverfügungen.

Derzeit seien laut dem LIV (Landesinstitut für integrierte Versorgung Tirol) auch Innovationen im Bereich der Digitalisierung im Rettungswesen und damit bei einer zentralen und einheitlichen Dokumentation auf Devices geplant. Eine Anbindung der Rettungseinrichtungen als möglicher Gesundheitsdiensteanbieter an ELGA im Sinne des Gesundheitstelematikgesetzes 2012 sei in Diskussion.⁴²

2.4 Gedächtnisprotokolle

Dem Arzt steht über die Dokumentationspflicht hinaus die Möglichkeit offen, zusätzliche Aufzeichnungen auf freiwilliger Basis zu erstellen, um subjektive Eindrücke festzuhalten.⁴³ Hinsichtlich dieser dem Arzt als Gedächtnisstütze dienenden Unterlagen wird nach Stellamor/Steiner eine direkte Herausgabepflicht verneint, eine Mitteilungspflicht über den Inhalt der Aufzeichnungen sei auf Nachfrage des Patienten oder seines rechtmäßigen Vertreters jedoch zu bejahen.⁴⁴ Die Protokolle können ebenso wie die eigentliche Dokumentation analog oder digital gemacht werden.

Ein ziviler Arzt ist im Notfall verpflichtet zu helfen, auch wenn der NEF bereits verständigt wurde. Auch hier ist das Führen einer persönlichen Dokumentation, zB in Form von Gedächtnisprotokollen, anzuraten.

2.5 Ein Blick auf die innerklinische Notfalldokumentation

Die ärztlichen Dokumentationen im Bereich der innerklinischen Notfallversorgung sind im Vergleich zur Präklinik noch heterogener gestaltet. Einheitliche Protokolle

⁴¹ Vgl § 2 Z 9 GTeIG.

⁴² *Huber*, Vorlesung zu „Grundzüge des Rettungswesens einschließlich der Flugrettung“ iRd Universitätslehrganges Medizinrecht 06.05.2022.

⁴³ *Wallner* in Resch/Wallner, Medizinrecht³ (2020) Kap XXI Rn 311. Vgl dazu OGH 23.05.1984, 1 Ob 550/84.

⁴⁴ *Stellamor/Steiner*, Handbuch I, 160.

werden im Gegensatz zur präklinischen Notfallmedizin noch kaum eingesetzt. Die Dokumentation erfolgt handschriftlich, digital oder auf (meist von den jeweiligen zuständigen Abteilungen gestalteten) Dokumentationsprotokollen. Auch bei den innerklinischen Notfällen sollte eine Dokumentation mittels Protokollen angestrebt werden, um diese möglichst einheitlich zu gestalten und alle relevanten Aspekte und Daten für die (Weiter-)Behandlung zu erfassen.⁴⁵

⁴⁵ Jantzen/Gräsner in Scholz et al (Hrsg), Notfallmedizin³ (2013) 595.

3 Zeitpunkt der Dokumentation

3.1 Unmittelbarkeit

Weder im Ärztegesetz noch im Krankenanstaltengesetz ist geregelt, zu welchem Zeitpunkt die Dokumentation erfolgen muss. Den Zwecken der Dokumentation entsprechend können Inhalte jedoch nur dann verlässlich sein, wenn die Aufzeichnungen in einem Zeitabstand erfolgen, welcher eine verlässliche Erinnerung erlaubt.⁴⁶

Laut OGH müssen „alle wesentlichen diagnostischen Ergebnisse und therapeutischen Maßnahmen spätestens am Ende des einzelnen Behandlungsabschnittes aufgezeichnet werden“, um ihre Zwecke zu erfüllen.⁴⁷

Im deutschen Recht ist der Zeitpunkt der Dokumentation „in unmittelbarem zeitlichem Zusammenhang mit der Behandlung“, wenn auch nur vage, so doch etwas genauer definiert.⁴⁸ Nach Rechtsprechung und hM sei dies laut Rehborn erfüllt, wenn die Dokumentation so schnell wie möglich, sprich während der oder unmittelbar im Anschluss an die Behandlung vorgenommen wird.⁴⁹ In der Literatur gehen die Meinungen, was den „unmittelbaren zeitlichen Zusammenhang“ betrifft, jedoch deutlich auseinander. Es gibt keinen Fall „X“, welcher geeignet erscheint, um ein Kriterium zu bestimmen, welches einen abgrenzbaren Zeitrahmen definiert.⁵⁰

Da heute verfügbare digitale EDV-Systeme insofern eine Erleichterung in Bezug auf die Sicherstellung einer unmittelbaren Dokumentation darstellen, als sie beispielsweise vorformulierte Textbausteine, interaktive Checklisten oder Auswahllisten zur Verfügung stellen und nur im Bedarfsfall eine Ergänzung mit individuellen Inhalten erfolgen muss, wird argumentiert, dass im Normalfall kein wirklich tragfähiger Grund existiert, weshalb eine Dokumentation nicht spätestens noch am selben Tag erfolgen kann.⁵¹

⁴⁶ Wallner in Resch/Wallner, Medizinrecht³ (2020) Kap XXI Rn 314.

⁴⁷ OGH 28.08.1997 3 Ob 2121/96z. Siehe auch Stellamor/Steiner, Handbuch I, 166.

⁴⁸ § 630f Abs 1 S 1 BGB.

⁴⁹ Rehborn/Kern in Laufs/Kern/Rehborn, Handbuch⁵ § 61 Rn 28.

⁵⁰ Bayer (Fn 22) Kap E 57-58.

⁵¹ Bayer (Fn 22) Kap E 59.

Die Dokumentation muss stets vor einer weiteren Behandlung abgeschlossen sein, damit genügend Informationen zur Verfügung stehen, um eine angemessene Nachbehandlung gewährleisten zu können. In Bezug auf die Notfallmedizin wird jedoch diskutiert, dass die Akutbehandlung eines Notfalls immer Vorrang vor dessen Dokumentation hat. Die Dokumentation könne, je nach Art der gesetzten Behandlungsmaßnahmen und des genauen Kontextes, daher auch bis zu einer Woche nach der Behandlung vorgenommen werden.⁵²

3.2 Konsequenzen bei zeitlicher Verzögerung

Zuallererst muss zwischen einer Nicht-Aufzeichnung und einer lediglich mit zeitlicher Verzögerung stattgefundenen Dokumentation unterschieden werden.

Auch wenn mit einer verspäteten Dokumentation ein Verstoß gegen die berufsrechtliche Verpflichtung vorliegen mag, diskutiert Wallner, dass dies nicht mit einer Unerheblichkeit der Aufzeichnungen im beweisrechtlichen Sinn gleichzusetzen sei. Es könne lediglich dazu führen, die Verlässlichkeit der Erinnerungen im Rahmen der freien Beweiswürdigung des Gerichts in Frage zu stellen.⁵³ Die Umstände des Einzelfalls sollten bei der Frage nach der Verwertbarkeit der geführten Dokumentation jedoch berücksichtigt werden.⁵⁴

Eine zeitlich verzögerte Dokumentation wirkt sich somit auf die Glaubwürdigkeit und den Beweiswert einer Dokumentation aus, was jedoch stets im Einzelfall zu prüfen ist.

3.3 Korrekturen

Nachträgliche Veränderungen dürfen durchgeführt werden, da die ärztliche Dokumentation in der Endfassung den Anspruch erhebt, möglichst wahrheitsgetreu zu sein. Es darf dadurch jedoch zu keiner Verfälschung der Dokumentation kommen; Einträge dürfen daher nicht komplett gelöscht oder überschrieben werden. Änderungen müssen begründbar sein und für einen Dritten nachvollziehbar. Es sollte auch

⁵² *Rehborn/Kern* in Laufs/Kern/Rehborn, Handbuch⁵ § 61 Rn 29.

⁵³ *Wallner* in Resch/Wallner, Medizinrecht³ (2020) Kap XXI Rn 315.

⁵⁴ *Rehborn/Kern* in Laufs/Kern/Rehborn, Handbuch⁵ § 61 Rn 29.

mit Namen und Datum festgehalten werden, wer die nachträglichen Änderungen gemacht hat.⁵⁵

Auf elektronisch geführte Dokumentationen bezogen bedeutet dies, dass Revisionsicherheit und damit geeignete Softwarekonstruktionen erforderlich sind. In der bisherigen Rechtsprechung sei laut Rehborn/Kern einer nicht ausreichend gegen nachträgliche Veränderungen geschützten elektronischen Dokumentation nicht derselbe Beweiswert wie einer handschriftlich geführten Dokumentation zuerkannt worden, und zwar sogar in jenem Falle, dass der dokumentierende Arzt nachvollziehbar darlegte, keinerlei nachträgliche Änderungen gemacht zu haben, was auch als medizinisch plausibel erschien.⁵⁶

In der Berufsordnung deutscher Ärzte wird vorgeschrieben, dass digitale Dokumentationen besonderer Sicherungs- und Schutzmaßnahmen bedürfen, um unter anderem deren Veränderung zu verhindern.⁵⁷ Eine komplette Verhinderung von nachträglichen Änderungen in der Dokumentation scheint nicht sinnvoll zu sein. Ziel sei daher vielmehr, eine lückenlose Nachverfolgbarkeit aller Änderungen zu gewährleisten.

Für das Notarzteinsatzprotokoll würde dies bedeuten, dass jegliche Radierungen, Übermalungen, Streichungen oder Korrekturen⁵⁸ auf der papiergestützten Dokumentation nach Abgabe des Originals im Krankenhaus, sofern sie zu einem Verlust des ursprünglichen Inhalts führen, nicht mehr zulässig sind. Hier gilt zu erwähnen, dass ein Abgleich mit dem Original im Nachhinein, sofern dieses im Krankenhaus ordnungsgemäß in die Patientenakte eingepflegt wurde, noch möglich ist.

⁵⁵ *Kletečka-Pulker* in Handbuch Medizinrecht Kap I.5.7.4.

⁵⁶ *Rehborn/Kern* in Laufs/Kern/Rehborn, Handbuch⁵ § 61 Rn 30.

⁵⁷ § 10 Abs 5 MBO-Ä.

⁵⁸ *Bayer* (Fn 22) Kap E 64.

4 Inhalt der Dokumentation

4.1 Allgemein

Eine sehr schwierig zu beantwortende Frage im Zusammenhang mit der ärztlichen Dokumentation dürfte wohl jene nach dem Dokumentationsumfang sein. Auch wenn aus Sicht des Arztes eine möglichst rechtssichere und vor Gericht standhaltende Dokumentation als gut erscheinen mag, sollte sich der Inhalt der Dokumentation aus dem Zweck derselben ergeben.⁵⁹

Die für den Arzt im Allgemeinen geltende Dokumentationspflicht ist auch bei notärztlicher Tätigkeit anzuwenden. Neben bewährten Standards, welche im Kapitel „Form der Dokumentation“ näher beschrieben werden, sollte auch eine sich aus der individuellen Patienten- bzw. Behandlungssituation ergebende Dokumentation durchgeführt werden.⁶⁰

Nach Halmich sollte die Dokumentation im Bereich der Notfallmedizin, soweit sie ordnungsgemäß ausgeführt wird, Folgendes beinhalten: die Anamnese, die für das aktuelle Problem bedeutsamen vorgefundenen Rahmenbedingungen, die anwesenden Personen, die gemessenen Vitalwerte und daraufhin gesetzten notärztlichen Maßnahmen sowie die Art des Transports.⁶¹

Die Entwicklung von Dokumentationsstandards, die in der Notfallmedizin gut etabliert sind, wird als Aufgabe der Medizin und weniger der Rechtswissenschaft angesehen, da Ärzte aufgrund der praktischen Erfahrung mit den medizinischen Anforderungen an die jeweilige Dokumentation vertrauter sind. Diese Standards sollten auch stets hinterfragt und weiterentwickelt werden. Das Gericht beauftragt bei der Frage nach einer ordnungsgemäßen Dokumentation daher auch regelmäßig medizinische Sachverständige.⁶²

⁵⁹ *Wallner* in Resch/Wallner, *Medizinrecht*³ (2020) Kap XXI Rn 301.

⁶⁰ *Rehborn/Kern* in Laufs/Kern/Rehborn, *Handbuch*⁵ § 61 Rn 14.

⁶¹ *Halmich*, *Recht für Sanitäter und Notärzte*² (2016) 78-79.

⁶² *Bayer* (Fn 22) Kap E 47.

Prinzipiell ist laut § 51 ÄrzteG über jede zur Beratung oder Behandlung übernommene Person eine Aufzeichnung, sprich Dokumentation, zu führen. Können „die Patienten“ in einer Ambulanz klar definiert werden, kann es in der Notfallmedizin durchaus passieren, dass Angehörige, welche im Rahmen einer schwierigen Patientenversorgung selbst eine akute Symptomatik aufweisen, wie beispielsweise eine Synkope, auch zum Patienten gemäß dieser Definition werden. Ob hier eine notärztliche Behandlung notwendig ist, muss vom Notarzt vor Ort entschieden werden.

Die ärztliche Dokumentation dient nicht dem Zweck, den Patienten in irgendeiner Weise aufzuklären, sondern dazu, das mit-, nach- oder weiterbehandelnde Gesundheitspersonal über die erfolgten diagnostischen, therapeutischen etc Maßnahmen zu informieren. Der Inhalt muss somit für keinen Patienten, sondern für ärztliche oder auch für im interprofessionellen Team arbeitende Berufskollegen verständlich und nachvollziehbar sein.⁶³ Dabei sollte aus der medizinischen ex-ante Sicht des Mediziners und nicht aus der forensischen Perspektive, nämlich wie am besten Rechenschaft abzulegen ist und Beweise für einen möglichen späteren Arzthaftungsprozess zu sichern sind, dokumentiert werden.⁶⁴

Obwohl die Dokumentation letztlich unter anderem auch der Rechenschaftslegung gegenüber dem Patienten dient, muss diese nicht für den Laien verständlich gestaltet sein. Die Aufzeichnungen müssen für den Patienten jedoch mithilfe eines Sachverständigen nachvollziehbar sein können.⁶⁵

Gilt nach dem derzeitigen medizinischen Standard, dass ein Arzt einen Patienten bei der Verordnung oder Verabreichung von Medikamenten (wie beispielsweise Penicillin) über eine allfällige Allergie oder bekannte Unverträglichkeit befragt und auch über die möglichen (schweren) Nebenwirkungen aufklärt⁶⁶, so ist dies im Bereich der präklinischen Notfallmedizin des Öfteren nicht möglich. Medikamente werden in vitaler Indikation auch ohne vorherige Abklärung allfälliger Allergien verabreicht. In der Dokumentation sollte dies, vor allem bei Auftreten von allergischen Reaktionen, aber

⁶³ Wallner in Resch/Wallner, Medizinrecht³ (2020) Kap XXI Rn 313.

⁶⁴ Rehborn/Kern in Laufs/Kern/Rehborn, Handbuch⁵ § 61 Rn 24.

⁶⁵ Bayer (Fn 22) Kap E 53.

⁶⁶ OGH 06.04.2022, 6 Ob 46/22s.

auch unabhängig davon vermerkt werden, um die Realität möglichst wahrheitsgetreu abzubilden.

Je nach Art der Behandlung und je nach berufsrechtlicher Stellung der behandelnden Ärzte (Spitals-, Fach- oder praktische Ärzte) wird bedacht, dass der Umfang und der Detailgrad der Dokumentationen unterschiedlich sein kann und auch ist.⁶⁷

Die inhaltlichen Anforderungen ergeben sich in der Praxis somit aus den sehr variierenden Notfallsituationen und den sich daraus ergebenden weiteren Schritten. Der Unterschied kann exemplarisch am Beispiel von Dokumentationsansprüchen bei einem Massenanfall von Verletzten im Vergleich zu jenen bei einem einzelnen zu versorgenden Patienten dargestellt werden.⁶⁸

Bei bestimmten Patienten kann es vorkommen, dass es der genauen Angabe von Dauer und Uhrzeiten sowie des an einer bestimmten medizinischen Behandlung beteiligten gesamten Personals in seiner jeweiligen Funktion bedarf.⁶⁹ Eine wichtige Information ist beispielsweise der genaue Zeitpunkt des Symptombeginns bei Myokardinfarkten oder Schlaganfällen. Denn davon können für den Patienten wichtige nachfolgende Therapieentscheidungen abhängen.

Ein anderes Beispiel aus der Notfallmedizin stellt die Reanimation dar. Im digitalen Dokumentationssystem gibt es hier eine minutiöse Abfrage der Zeiten in Hinsicht auf Zeitpunkt der Verabreichung von Medikamenten, Legen eines peripheren Venenkatheters etc. Dies dient primär nicht der medizinischen Dokumentation, sondern ist wichtig in Bezug auf die Auswertungen im Rahmen der ins Reanimationsregister eingepflegten Daten. Ungefähre Zeiten lassen sich durch Dokumentation des Zeitpunkts des Notrufs, des Eintreffens am Notfallort und der Dauer der Reanimationsmaßnahmen festmachen.

Die exakten Uhrzeiten der gesetzten Maßnahmen lassen sich jedoch kaum rekonstruieren. Wer einmal selbst reanimiert hat, weiß, dass man während des Drückens nur am Zählen ist und kaum den Gesprächen der anderen Beteiligten folgen kann. Die Uhr genauestens im Auge zu behalten, ist hierbei nicht realistisch. Zum anderen

⁶⁷ OGH 12.08.2004, 1 Ob 139/04d.

⁶⁸ *Halmich*, *Recht für Sanitäter und Notärzte*² (2016) 79.

⁶⁹ *Rehborn/Kern* in *Laufs/Kern/Rehborn*, *Handbuch*⁵ § 61 Rn 14.

stellt sich die Frage, ob es in der Praxis Auswirkungen hat, wenn man die exakten Zeiten nicht kennt, denn in der komplexen Situation spielen diese eine untergeordnete Rolle. Die Uhrzeit-Felder können in der digitalen Dokumentation daher auch un- ausgefüllt bleiben, ohne Fehlermeldungen zu erhalten.

Anders stellen sich Abweichungen vom Regelfall dar, beispielsweise wenn erst fünf Minuten nach Eintreffen des Teams mit einer Reanimation begonnen werden kann, da die Person erst aus einer bestimmten Lage geborgen werden muss und eine suffiziente Reanimation aufgrund der vorgefundenen Begebenheiten anfänglich nicht möglich war. Derartige Fälle sind zu dokumentieren und zu begründen. Die Dokumentation hat zudem in jedem Fall alle wesentlichen diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen zu enthalten.⁷⁰ Es sollte bedacht werden, dass Ablehnungen (durch den Patienten) bei der Dokumentation genauso wichtig festzuhalten sind wie Einwilligungen.

Dem Wort „insbesondere“ des § 51 ÄrzteG wird eine entscheidende Rolle zugeschrieben. Es zeigt auf, dass es sich um eine demonstrative Aufzählung handelt und den behandelnden Ärzten so ein Spielraum freigehalten wird. Darauf aufbauend besteht das Risiko, dass die Dokumentationen zur eigenen Absicherung immer umfangreicher und ausufernd werden. Um diese Gefahr zu verringern, sollte abgewogen werden, welche Maßnahmen und Ereignisse von gleicher Wichtigkeit sind wie die ausdrücklich gesetzlich verankerten. Im Bereich der Notfallmedizin sollte zB dokumentiert werden, an wen der Patient übergeben wird, va auch bei unbegleiteten Transporten mit der Rettung zum Zielkrankenhaus (der Notarzt fährt dabei nicht mit, sondern übergibt den Patienten den Sanitätern, um für anschließende Notfälle zur Verfügung zu stehen).

In Fällen eines Verdachts darauf, dass eine Person von sexuellem Missbrauch, Misshandlung, Quälen oder schwerer Körperverletzung betroffen ist, sind Aufzeichnungen darüber zu führen und in den im § 54 Abs 4 ÄrzteG gelisteten Fällen sind diese auch bei der Kriminalpolizei oder der Staatsanwaltschaft zur Anzeige zu bringen.⁷¹ Zur erweiterten Verletzungsdokumentation gibt es auch eigene Untersuchungsbögen. In

⁷⁰ OGH 28.08.1997, 3 Ob 2121/96z.

⁷¹ § 51 Abs 1 ÄrzteG, § 54 Abs 4 ÄrzteG.

der präklinischen Notfallmedizin ist es wichtig, den Verdacht zu stellen; eine weiterführende Abklärung und genaue Untersuchungen im Sinne der Bögen macht in den meisten Fällen weniger Sinn. Die Untersuchungen sollten im geschützten innerklinischen Bereich durchgeführt werden. Es ist jedoch umso wichtiger, die nachbehandelnden Ärzte auf den Verdacht hinzuweisen, da diesen sonst wichtige präklinisch erlangte Informationen fehlen. Eine vor Gericht verwertbare Dokumentation der behaupteten Verletzungen kann bei einer späteren Gerichtsverhandlung von großer Bedeutung für die Wahrung der Rechte des Gewaltopfers sein.⁷²

Ärzte sind schon der Überschrift von § 49 ÄrzteG nach zur persönlichen und unmittelbaren Ausführung ihres Berufs bei der Behandlung verpflichtet. Bei der Dokumentationspflicht, welche als gesetzliche und vertragliche Nebenpflicht angesehen wird, ist nach § 49 Abs 2 ÄrzteG eine Delegation an eine dafür geeignete Person unter der Aufsicht des behandelnden Arztes möglich.⁷³ In der präklinischen Notfallmedizin ist der behandelnde Arzt meist allein, weshalb die Dokumentation nur bedingt an geeignete andere Person weitergegeben werden kann. Eine Ausnahme stellen hierbei Turnusärzte dar, welche im Rahmen der notärztlichen Ausbildung zumindest an zwanzig dokumentierten notärztlichen Einsätzen teilnehmen müssen.⁷⁴ Die Delegation an Turnusärzte entbindet den zuständigen Arzt aber nicht von seiner vertraglichen Verpflichtung.⁷⁵ In der Praxis werden Turnusärzte bisher in den meisten Fällen keinen eigenen Account haben, um zu dokumentieren, und dies daher allenfalls unter jenem des diensthabenden Notarztes machen.

Laut Bayer spricht nach der deutschen Gesetzeslage auch grundsätzlich nichts dagegen, die ärztliche Dokumentation oder Teile davon an nichtärztliches Personal, sprich an Sanitäter im Bereich der Notfallmedizin, zu delegieren, soweit diese unter der ärztlichen Verantwortung vorgenommen wird.⁷⁶ Es kann daher durchaus Sinn machen, dass der Notfallsanitäter, soweit er nicht gerade selbst beschäftigt ist und dies im Sinne des Notarztes ist, am Notarztprotoll erste Aufzeichnungen macht.

⁷² *Kletečka-Pulker* in Handbuch Medizinrecht Kap I.5.5.1.

⁷³ § 49 Abs 2 ÄrzteG.

⁷⁴ § 40 Abs 2 Z 3 ÄrzteG, iVm § 10 NA-V.

⁷⁵ *Rehborn/Kern* in Laufs/Kern/Rehborn, Handbuch⁵ § 61 Rn 23.

⁷⁶ *Bayer* (Fn 22) Kap E 66.

Es bedarf keiner Dokumentation von Selbstverständlichkeiten und Routinemaßnahmen sowie von Maßnahmen, deren Kenntnis ohne besonderen medizinischen Wert ist.⁷⁷ In der Notfallmedizin wird es von allen medizinischen Spezialdisziplinen allerdings am wenigsten Routinesituationen geben. Die Notfallmedizin spielt sich größtenteils präklinisch auf der Straße, in Patientenwohnungen, öffentlichen Einrichtungen etc ab. Bei der Dokumentation sollten daher auch Gegebenheiten beschrieben werden, welche auf den ersten Blick möglicherweise keinen medizinischen Wert haben, für das Verständnis der Gesamtsituation oder der Abläufe jedoch wertvoll sein können.

4.2 Datenschutzrechtliche Vorgaben

Bei der Dokumentation ist die Einhaltung der datenschutzrechtlichen Grundlagen zu beachten.⁷⁸ Die EU-Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) bildet dabei die Basis.⁷⁹ Nach Art 2 Abs 1 schützt die DSGVO vor automatisierter Verarbeitung personenbezogener Daten und in nichtautomatisierter Form, wenn diese in einem Dateisystem gespeichert sind oder gespeichert werden sollen. Es ist jedoch gestattet, Daten auf Basis rechtlicher Verpflichtungen zu verarbeiten.⁸⁰ Gesundheitsberufen, die dem Berufsgeheimnis unterliegen, ist nach Art 9 Abs 2 lit h DSGVO eine Datenverarbeitung auch ohne Einwilligung des Patienten ausdrücklich erlaubt.

§ 3b ÄrzteG schließt für die ärztliche Dokumentation einzelne Artikel der DSGVO aus. Der Patient hat somit nicht das Recht, die Verarbeitung seiner Daten zu verbieten⁸¹ und muss nicht vor der Datenerhebung über die Datenverarbeitung informiert werden.⁸²

⁷⁷ *Rehborn/Kern* in Laufs/Kern/Rehborn, Handbuch⁵ § 61 Rn 16.

⁷⁸ *Halmich*, *Recht für Sanitäter und Notärzte*² (2016) 79.

⁷⁹ Verordnung (EU) 2016/679 zum Schutz natürlicher Personen bei der Verarbeitung personenbezogener Daten, zum freien Datenverkehr und zur Aufhebung der Richtlinie 95/46/EG (Datenschutz-Grundverordnung), ABI Nr L 2016/119.

⁸⁰ Art 6 Abs 1 lit c DSGVO.

⁸¹ Art 18, 21 DSGVO.

⁸² Art 13, 14 DSGVO.

4.3 § 51 Abs 1 ÄrzteG im Rahmen der Notfallmedizin

Im Hinblick auf § 51 Abs 1 ÄrzteG gilt es in der Notfallmedizin zu bedenken, dass der Arzt verpflichtet ist, Aufzeichnungen zu folgenden Aspekten zu führen:

- *über jede zur Beratung oder Behandlung übernommene Person*

Dies betrifft nach Kopetz auch Patienten, welche nicht in Dauerbetreuung stehen, sondern zu einem einmaligen Arztkontakt erscheinen⁸³, was in der Notfallmedizin den Standard darstellt. Nicht von jedem Patienten ist die Identität bekannt oder in der Behandlungssituation feststellbar, etwa aufgrund von einer Vigilanzstörung, wenn der Patient keine Ausweise bei sich führt oder keine Bekannten in der Nähe sind, welche über die Identität Auskunft geben können, bei fehlender Compliance oder falschen Aussagen von Patienten, die ihre Identität nicht preisgeben wollen; oder bei einer ausgeprägten sprachlichen Barriere.

- *über den Zustand der Person bei Übernahme der Beratung oder Behandlung*

Dies ist in der präklinischen Notfallmedizin sowie auch innerklinisch gut feststellbar.

- *über die Vorgeschichte einer Erkrankung*

Hier ist der behandelnde Arzt auf die Mitarbeit des Patienten angewiesen, soweit dies möglich ist. Wenn es sich um Einsätze im Wohnbereich des Patienten handelt und auch Angehörige anwesend sind, können auch diese oft mit bisherigen Arztbriefen oder Medikationslisten dazu beitragen, Vorerkrankungen zu erfassen. Notärzte können sich laut Kopetz auf die im jeweiligen Krankheitsfall notwendigen Informationen beschränken.

- *über die Diagnose*

Der Notarzt sollte eine Verdachtsdiagnose stellen; eine endgültige Diagnostik und Diagnose sind präklinisch nicht das primäre Ziel. Das Ziel sollte vielmehr

⁸³ Vgl Kopetz, Dokumentation der Krankenbehandlung in der Arztpraxis, RdM 1995, 12.

sein, den Patienten zu stabilisieren und ihm die benötigte Diagnostik und Therapie schnellstmöglich zukommen zu lassen.

– *über den Krankheitsverlauf*

Dazu zählt im Bereich der Notfallmedizin ua der Verlauf der Vitalparameter; er ist insbesondere dann wichtig, wenn ein Patient in einem stabilen Zustand übernommen wurde und dieser sich im Verlauf verschlechtert.

Auch Beginn und Beendigungszeitpunkt der Betreuung und Therapie mit den entsprechenden Vitalparametern zu diesen Zeitpunkten sind zu dokumentieren.

– *über Art und Umfang der beratenden, diagnostischen oder therapeutischen Leistungen*

In der Präklinik kommt es dabei im Wesentlichen immer auf den Zustand des Patienten an; ein stabiler Patient kann in angepasster Sprache gut über die Vorgänge und das geplante Procedere informiert werden, wird aber in der Akutsituation tendenziell weniger medikamentöse und noch weniger invasive Maßnahmen wie Cardioversionen, eine Intubation etc benötigen. Der instabile Patient hingegen ist des Öfteren von Vigilanzstörungen betroffen und somit nur eingeschränkt über die gesetzten medizinischen Maßnahmen aufklärbar. Beim bewusstlosen Patienten sollte diesem jedoch sehr wohl mitgeteilt werden, was gemacht wird, da man nie genau feststellen kann, ob der Patient etwas davon wahrnimmt und was. Unabhängig davon sollte die Aufklärung immer dokumentiert werden. Die zudem erfassten Daten dienen auch der Honorarverrechnung und sind von wesentlicher Bedeutung für den Nachweis der erforderlichen Sorgfalt bei der durchgeführten Behandlung. Die gesetzten Leistungen sollen vollständig dokumentiert sein.⁸⁴

⁸⁴ Vgl Kopetz, RdM 1995, 12.

- *über Anwendung von Arzneyspezialitäten und der zur Identifizierung dieser Arzneyspezialitäten und der jeweiligen Chargen iSv § 26 Abs 8 AMG erforderlichen Daten*

Die verabreichten Medikamente sollten unter Angabe von Dosis und Darreichungsform sowie der Chargennummer dokumentiert werden. Standardmäßig werden die Medikamente in der analogen sowie in der digitalen Dokumentation aufgeführt; die Chargennummern jedoch nicht standardmäßig. Eine Rückverfolgung ist somit iRd Bestellungen für das Lager, welche über die Sanitäter erfolgen, bis zu einem gewissen Grad möglich. Eine genaue Zuordnung zum Patienten wird jedoch teilweise nur erschwert möglich sein.

- *über die Erteilung aller Auskünfte an die der beratenen oder behandelten oder zu ihrer gesetzlichen Vertretung befugten Person*

In der Behandlungssituation sollten die gewünschten Auskünfte so gut wie möglich erteilt werden. Eine Abschrift der Unterlagen, wie den ambulanten oder stationären Arztbrief, erhält der Patient im Rahmen der präklinischen Notfallmedizin standardmäßig jedoch nicht. Das therapeutische Privileg bietet dem Arzt die Möglichkeit, im Einzelfall abzuwägen, ob die Information aus medizinischer Rücksichtnahme beschränkt werden soll oder nicht. Im Zweifel besteht jedoch die volle Informationspflicht.⁸⁵

4.4 Das Protokoll

Einen wesentlichen Teil der Dokumentation stellen Protokolle oder Niederschriften dar. Von Seiten des Gesetzgebers gibt es hierfür keinen einheitlichen Begriff.⁸⁶ In der Notfallmedizin kommen Protokolle in Form von „Notfallprotokoll“, „Notarztprotokoll“, „Versorgungsprotokoll“, „Transportbericht“ oder „Einsatzprotokoll“ etc vor.

In Tirol wird im Bereich der Notfallmedizin am NEF das Trimmel-Protokoll verwendet, welches jenen der Notärzte der unterschiedlichen Hubschrauberorganisationen äh-

⁸⁵ Wallner, Therapeutisches Privileg - zwischen Ehrlichkeit und Menschlichkeit, RdM 2023, 205.

⁸⁶ Kletečka-Pulker in Handbuch Medizinrecht Kap I.5.4.7.

nelt. In Deutschland stellt das DIVI-Protokoll meist den Standard dar. Trotz Unterschieden sind die Protokolle ähnlich aufgebaut und zielen darauf ab, eine gute und ausreichende medizinische Einsatzdokumentation zu gewährleisten.

Bei Vergleich der unterschiedlichen Protokolle miteinander wird ersichtlich, dass diese sich aufgrund derselben Zwecke sehr ähneln.⁸⁷

⁸⁷ Vgl DIVI, Notfall-Einsatzprotokoll Version 6.0 (2022).

NOTARZTPROTOKOLL

Einsatz - Nr.: _____ Datum _____ Dienststelle _____

EINSATZDATEN	Notarzt _____	Fehleinsatz <input type="checkbox"/> kein Notfall <input type="checkbox"/> kein Patient vorhanden <input type="checkbox"/> Storno durch Berufer <input type="checkbox"/> Patient bereits versorgt <input type="checkbox"/> sonst. Abbruch (Prim. / Sek.)	Anwesende Kräfte <input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> Rettungsdienst <input type="checkbox"/> Arzt <input type="checkbox"/> NAV <input type="checkbox"/> NAH <input type="checkbox"/> Exekutive <input type="checkbox"/> Feuerwehr	Berufert <input type="checkbox"/> Angehörige <input type="checkbox"/> Rettungsdienst <input type="checkbox"/> Exekutive <input type="checkbox"/> Feuerwehr <input type="checkbox"/> Arzt <input type="checkbox"/> Bergrettung <input type="checkbox"/> Krankenhaus	Einsatzzeiten
	Pilot / Fahrer _____	Notfallkategorie <input type="checkbox"/> Internistischer NF <input type="checkbox"/> Neurologischer NF <input type="checkbox"/> Psychiatrischer NF <input type="checkbox"/> Suizid <input type="checkbox"/> Vergiftung <input type="checkbox"/> Chirurgischer NF <input type="checkbox"/> Geburtshilflicher NF <input type="checkbox"/> Gynäkologischer NF <input type="checkbox"/> Unfall Verkehr <input type="checkbox"/> Unfall Arbeit <input type="checkbox"/> Unfall Sport/Freizeit <input type="checkbox"/> Unfall Haushalt <input type="checkbox"/> sonstiger NF	Rendez-vous - Einsatz? <input type="checkbox"/> Übernahme von RM ohne Arzt <input type="checkbox"/> Übergabe an RM ohne Arzt <input type="checkbox"/> mit Arzt <input type="checkbox"/> mit Arzt	Einsatzmittel	Alarm _____ Beginn _____ An NFO _____ Ab NFO _____ Übergabe _____ Ende _____
	Sanitäter _____	Sekundäreinsatz <input type="checkbox"/> Transferierung <input type="checkbox"/> Materialtransport <input type="checkbox"/> Personaltransport <input type="checkbox"/> Organtransport	Berufungsdiagnose <input type="checkbox"/> zutreffend	Berufungsort PLZ _____ Ort _____ Str. / Nr. / ... _____	Zeit / KM
	weilers _____	Primäreinsatz <input type="checkbox"/> Transport ins Stützpunkt KH <input type="checkbox"/> anderes Transportziel <input type="checkbox"/> Untersuchung / Behandlung <input type="checkbox"/> Todesfeststellung <input type="checkbox"/> Tod auf dem Transport <input type="checkbox"/> Transportverweigerung <input type="checkbox"/> NFG		Versorgte Pat. / transportiert mit ... NAW _____ NAH _____ andere _____	

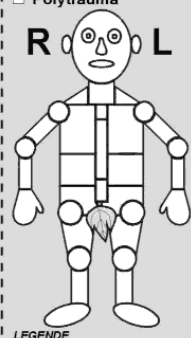
PATIENT	Name _____	Name _____	PLZ _____	Wohnort _____	KK _____	SVNR _____
	Vorname _____	Vorname _____	♂	♀	Straße / Nr. _____	Arbeitgeber _____
	Geb. _____	SVNR _____	♂	♀	Verwandtschaft _____	Nat. _____

Anamnese, Notfallgeschehen _____

Notfallzeit _____

Bisherige KH / laufende Medikation _____

GCS Σ	Bewusstseinslage <input type="checkbox"/> orientiert <input type="checkbox"/> agitiert <input type="checkbox"/> getrübt <input type="checkbox"/> Bewusstlos <input type="checkbox"/> Narkose/Sedierung	Pupillenreaktion <input type="checkbox"/> eng <input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> weit <input type="checkbox"/> entrundet <input type="checkbox"/> lichtstarr <input type="checkbox"/> kein Com.reflex <input type="checkbox"/> Amaurose <input type="checkbox"/> Nystagmus <input type="checkbox"/> divergente Bulbi	Paresegrade o.B. <input type="checkbox"/> leicht vermindert <input type="checkbox"/> deutlich vermindert <input type="checkbox"/> überw. Schwerkraft <input type="checkbox"/> Bew. mit Unterst. <input type="checkbox"/> ger. Muskelaktion <input type="checkbox"/> totale Plegie o.B. <input type="checkbox"/> leicht vermindert <input type="checkbox"/> deutlich vermindert <input type="checkbox"/> überw. Schwerkraft <input type="checkbox"/> Bew. mit Unterst. <input type="checkbox"/> ger. Muskelaktion <input type="checkbox"/> totale Plegie	Kreislaufzustand <input type="checkbox"/> stabil <input type="checkbox"/> Hypertonie <input type="checkbox"/> drohender Schock <input type="checkbox"/> manifester Schock <input type="checkbox"/> Kreislaufstillstand Atmung bei Eintreffen <input type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> Dyspnoe <input type="checkbox"/> Zyanose <input type="checkbox"/> Spastik <input type="checkbox"/> Stridor <input type="checkbox"/> Apnoe <input type="checkbox"/> Hyperventilation <input type="checkbox"/> insuffizient <input type="checkbox"/> Rasselgeräusche <input type="checkbox"/> Atemwegsverlegung <input type="checkbox"/> Schnappatmung beatmet <input type="checkbox"/> kein Respirator <input type="checkbox"/> CMV <input type="checkbox"/> APRV <input type="checkbox"/> PCV <input type="checkbox"/> BIPAP <input type="checkbox"/> ASB <input type="checkbox"/> CPAP	EKG bei Eintreffen <input type="checkbox"/> Sinusrhy. / normfrequent <input type="checkbox"/> Bradycardie <input type="checkbox"/> SV <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> Tachycardie <input type="checkbox"/> SV <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> Stör. d. Erregungsbildung <input type="checkbox"/> SV-Extrasystolie <input type="checkbox"/> Sick-Sinus-Syndrom <input type="checkbox"/> Absolute Arrhythmie <input type="checkbox"/> AV-Knoten-Rhythmus <input type="checkbox"/> VES-monoton <input type="checkbox"/> polytop <input type="checkbox"/> VES - Salven <input type="checkbox"/> Stör. d. Reizleitung <input type="checkbox"/> AV-Block II* <input type="checkbox"/> AV-Block III* <input type="checkbox"/> SA-Block <input type="checkbox"/> WPW-Syndrom <input type="checkbox"/> Schenkelblock <input type="checkbox"/> Kammerflimmern <input type="checkbox"/> Asystolie <input type="checkbox"/> elektromech. Dissoziation <input type="checkbox"/> Schrittmacher - EKG <input type="checkbox"/> Ischämiezeichen <input type="checkbox"/> ST-Senkung <input type="checkbox"/> ST-Hebung	Schmerz <input type="checkbox"/> kein (Narkose) <input type="checkbox"/> stark (VAS 7-10) <input type="checkbox"/> leicht (VAS 3-6) <input type="checkbox"/> bewusstlos <input type="checkbox"/> rhy. <input type="checkbox"/> arrhy.
---------------------	--	--	--	--	--	--

ERSTDIAGNOSE	Erkrankungen ZNS <input type="checkbox"/> Krampfleiden <input type="checkbox"/> Coma unklarer Genese <input type="checkbox"/> TIA <input type="checkbox"/> Insult <input type="checkbox"/> Blutung Herz - Kreislauf <input type="checkbox"/> Angina Pectoris <input type="checkbox"/> Herzinfarkt <input type="checkbox"/> Rhythmusstörung <input type="checkbox"/> Lungenödem <input type="checkbox"/> akute Deкомпensation <input type="checkbox"/> Lungenembolie <input type="checkbox"/> hypertensive Krise <input type="checkbox"/> Orthostase <input type="checkbox"/> Synkope <input type="checkbox"/> Herz-KL-Stillstand <input type="checkbox"/> PM / ICD Fehlfunktion Respirationstrakt <input type="checkbox"/> Asthma <input type="checkbox"/> exacerbierte COPD <input type="checkbox"/> Aspiration <input type="checkbox"/> Pneumonie / Bronchitis <input type="checkbox"/> Hyperventilations-Syndrom <input type="checkbox"/> Pseudokrupp / Epiglottitis Psychiatrisch <input type="checkbox"/> Psychose <input type="checkbox"/> Depression <input type="checkbox"/> Manie <input type="checkbox"/> Erregungszustand <input type="checkbox"/> Entzug Alkohol <input type="checkbox"/> Entzug Drogen <input type="checkbox"/> Entzug Medikamente <input type="checkbox"/> Suizidversuch	Verletzungen Verl.-grad gesamt <input type="checkbox"/> leicht <input type="checkbox"/> kritisch <input type="checkbox"/> mäßig <input type="checkbox"/> tödlich <input type="checkbox"/> ernst Polytrauma  LEGENDE ~ Amputat. // Fraktur ⚡ Luxation ● Contusion ⊗ Wunde/Verbrennung Verl.-grade bitte daneben zusätzlich angeben <input type="checkbox"/> Verbrennung <input type="checkbox"/> Verbrühung <input type="checkbox"/> Erfrierung 1. / 2. / 3. Grades (in %) <input type="checkbox"/> Elektronenfall <input type="checkbox"/> Inhalationstrauma <input type="checkbox"/> Schuss- / Stichverl.	MASSNAHMEN (N = NFO, T = Transport) N/T Kreislauf <input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> KL-Medikamente <input type="checkbox"/> Infusion <input type="checkbox"/> periph. Venenkath. <input type="checkbox"/> zentr. Venenkath. <input type="checkbox"/> arterieller Kath. <input type="checkbox"/> pulmonalart. Kath. <input type="checkbox"/> intraossäre Nadel <input type="checkbox"/> Spritzenpumpe <input type="checkbox"/> Notfallpacer <input type="checkbox"/> intraaortale Ballonp. <input type="checkbox"/> Herzmassage <input type="checkbox"/> Defibrillation <input type="checkbox"/> Cardioversion <input type="checkbox"/> präklinische Lyse <input type="checkbox"/> Schrittmacher N/T sonst. Maßnahmen <input type="checkbox"/> eingehende Unters. <input type="checkbox"/> spez. Lag./Schienung <input type="checkbox"/> Medikamente <input type="checkbox"/> Verband <input type="checkbox"/> Blutstillung <input type="checkbox"/> Sedierung <input type="checkbox"/> Analgesie <input type="checkbox"/> Narkose <input type="checkbox"/> Muskelrelaxantien <input type="checkbox"/> BZ Kontrolle <input type="checkbox"/> Reposition <input type="checkbox"/> DK <input type="checkbox"/> Noteingriff N/T Monitoring <input type="checkbox"/> keines <input type="checkbox"/> 3-Kanal EKG <input type="checkbox"/> 12-Kanal EKG <input type="checkbox"/> Pulsoxymetrie <input type="checkbox"/> Kapnometrie <input type="checkbox"/> Sonografie <input type="checkbox"/> RR manuell <input type="checkbox"/> RR oszillometrisch <input type="checkbox"/> Temperatur <input type="checkbox"/> Blutgasanalyse <input type="checkbox"/> invas. Druckmessung <input type="checkbox"/> ZVD <input type="checkbox"/> PAP (PICCO) <input type="checkbox"/> ICP <input type="checkbox"/> fötales Herzmonitoring N/T Atmung <input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> Sauerstoffgabe <input type="checkbox"/> Freimachen/-halten <input type="checkbox"/> Absaugen <input type="checkbox"/> Intubation <input type="checkbox"/> Thoraxdrainage <input type="checkbox"/> Notfallrespirator <input type="checkbox"/> Intensivrespirator <input type="checkbox"/> Beatmung (manuell) <input type="checkbox"/> Tracheo-/Coniotomie Beatmung <input type="checkbox"/> kein Respirator <input type="checkbox"/> CMV <input type="checkbox"/> ASB <input type="checkbox"/> BIPAP <input type="checkbox"/> PCV <input type="checkbox"/> APRV <input type="checkbox"/> CPAP O ₂ l/min AMV AF FIO ₂ PEEP I : E p-max Thoraxdrainage <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> beide Anzahl Venen-katheter _____ Tubus-grösse _____ Medikamente / Infusionen / Material Verlaufsbeschreibung Erstthelfermaßnahmen <input type="checkbox"/> ausreichend <input type="checkbox"/> insuffizient <input type="checkbox"/> keine Anwendung Notkompetenz <input type="checkbox"/> Venenweg <input type="checkbox"/> Intubation <input type="checkbox"/> Medikation Übergabezustand <input type="checkbox"/> verbessert <input type="checkbox"/> gleich <input type="checkbox"/> verschlechtert Übergabe KH / Abt. _____ Unterschrift _____
---------------------	---	---	---

NACA:

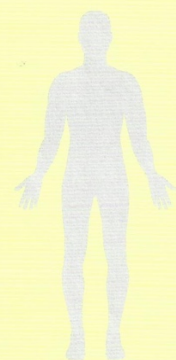
Abbildung 2: NACA-X Handprotokoll von Trimmel V. 6.0

Dieses Protokoll ist urheberrechtlich geschützt. Unveränderte Vervielfältigungen und unentgeltliche Weitergabe sind zulässig, jegliche kommerzielle Verwertung ist untersagt. © 2022 DIVI.

<h3 style="text-align: center;">PAT-STAMMDATEN (GGF. MIT AUFLIEBER ÜBERLEBEN / ÜBERDRÜCKEN)</h3> <p>Name* _____</p> <p>Vorname* _____</p> <p>Geb. Dat.* _____ <input type="checkbox"/> Pseudonym</p> <p>Straße _____</p> <p>Plz, Ort _____</p> <p>Kasse / Nr. _____</p> <p>Vers. Nr. _____</p> <p>Geschlecht <input type="radio"/> männlich <input type="radio"/> weiblich <input type="radio"/> divers</p> <p>BMI <input type="radio"/> ≤ 40 <input type="radio"/> > 40</p> <p>Alter _____ Jahre <input type="radio"/> 1-7 Tg <input type="radio"/> 8-28 Tg</p>	<h3 style="text-align: center;">EINSATZTECHNISCHE DATEN</h3> <p>Beteiligt <input type="checkbox"/> NEF <input type="checkbox"/> NAW <input type="checkbox"/> KTW <input type="checkbox"/> ITH <input type="checkbox"/> Bergrettung <input type="checkbox"/> TeleNA <input type="checkbox"/> Selbstfahrer <input type="checkbox"/> RTW <input type="checkbox"/> RTH <input type="checkbox"/> sonst. <input type="checkbox"/> Wasserrettung</p> <p>Einsatz-Datum _____</p> <p>Einsatz-Ort _____ Straße oder GPS-Breitengrad _____</p> <p>Plz _____ Ort oder GPS-Längengrad _____</p> <p>Einsatz-Art <input type="checkbox"/> Primäreinsatz <input type="checkbox"/> Notarzt-Nachforderung <input type="checkbox"/> Notarzt <input type="checkbox"/> Folgebefehl <input type="checkbox"/> Sekundäreinsatz z.B. Verlegung <input type="checkbox"/> Pat. bereits abtransportiert <input type="checkbox"/> Fehleinsatz <input type="checkbox"/> vorsorgliche Bereitstellung <input type="checkbox"/> böswillige Alarmierung</p> <p><input type="checkbox"/> kein Patient <input type="checkbox"/> abbestellt <input type="checkbox"/> Einsatzabbruch <input type="checkbox"/> technische Gründe <input type="checkbox"/> Wetter <input type="checkbox"/> Sonstige</p> <p>Transportziel <input type="checkbox"/> Voranmeldung <input type="checkbox"/> Stroke Unit <input type="checkbox"/> Herzkatheter <input type="checkbox"/> Traumazentrum</p> <p>Notarzt _____</p> <p>Assistenz _____</p> <p>RTW-Team _____</p>																																																																													
<h3 style="text-align: center;">NOTFALL-EINSATZPROTOKOLL VERSION 6.0</h3> <p style="text-align: center;">EMPFEHLUNG DER DIVI 2022 (www.divi.de)</p>																																																																														
<h3 style="text-align: center;">NOTFALLGESCHEHEN, ANAMNESE, ERSTBEFUND, VORMEDIKATION, VORBEHANDLUNG</h3> <p>AZ des Pat. vor dem Ereignis (entspr. ASA) <input type="checkbox"/> gesund <input type="checkbox"/> leicht eingeschränkt <input type="checkbox"/> deutlich eingeschränkt</p> <p>Versorgungssituation <input type="checkbox"/> unabhängig <input type="checkbox"/> Pflege zuhause <input type="checkbox"/> Pflege in Institution</p> <p>Antikoagulationsmedikation (vor dem Ereignis) <input type="checkbox"/> DOAK <input type="checkbox"/> Heparin <input type="checkbox"/> Sonstige</p> <p>Ersthermaßnahmen (Laien) <input type="checkbox"/> ausreichend <input type="checkbox"/> unzureichend <input type="checkbox"/> keine</p> <p>First Responder <input type="checkbox"/> vor Ort - ggf. Uhrzeit des Eintreffens _____</p> <p><input type="checkbox"/> Besiedelung mit multiresistenten Keimen (MRSA, MRSE, ESBL etc.) <input type="checkbox"/> unbekannt <input type="checkbox"/> abgedeckt <input type="checkbox"/> offen</p>																																																																														
<h3 style="text-align: center;">ERSTBEFUNDE - NEUROLOGIE</h3> <p><input type="radio"/> ohne path. Befund</p> <p>Zeitpunkt _____</p> <p>Augen öffnen <input type="radio"/> spontan (4) <input type="radio"/> auf Geräusch (3) <input type="radio"/> auf Druck (2) <input type="radio"/> nicht vorhanden (1)</p> <p>beste verbale Reaktion <input type="radio"/> konversationsfähig (5) <input type="radio"/> verwirrt (4) <input type="radio"/> Wörter (3) <input type="radio"/> Laute (2) <input type="radio"/> keine (1)</p> <p>beste motorische Reaktion <input type="radio"/> folgt Aufforderung (6) <input type="radio"/> lokalisiert (5) <input type="radio"/> Beugt normal (4) <input type="radio"/> Beugt abnormal (3) <input type="radio"/> Streckt (2) <input type="radio"/> keine (1)</p> <p>Glasgow Coma Scale (Summe) _____ <small>Zur Summierung der GCS wird nur der Wert der Extremität mit der besten motorischen Reaktion verwendet (siehe www.glasgowcomascale.org)</small></p> <p>Extremitätenbewegung <input type="radio"/> normal (1) <input type="radio"/> leicht vermindert (2) <input type="radio"/> stark vermindert (3)</p>	<h3 style="text-align: center;">MESSWERTE INITIAL</h3> <p><input type="radio"/> keine Schmerzen</p> <p>RR _____ HF _____ BZ _____ <small>Orhythmisch <input type="checkbox"/> Arrhythmisch <input type="checkbox"/> mg/dl <input type="checkbox"/> mmol/l</small></p> <p>AF _____ SpO₂ _____ Temp _____ etCO₂ _____ <small>bei Raumluft <input type="checkbox"/> unter O₂-Gabe</small></p> <p>qSOFA _____ <small>je 1 Punkt für GCS < 15, AF > 22, RRsys > 100mmHg</small></p> <p>EKG <input type="radio"/> kein EKG <input type="radio"/> Sinusrhythmus <input type="radio"/> Schrittmacherrhythmus <input type="checkbox"/> STEMI <input type="checkbox"/> Abs. Arrhythmie <input type="checkbox"/> Kammerflimmern <input type="checkbox"/> schmale QRS-Tachykardie <input type="checkbox"/> AV-Block II° <input type="checkbox"/> PEA / EMD <input type="checkbox"/> breite QRS-Tachykardie <input type="checkbox"/> AV-Block III° <input type="checkbox"/> Asystolie <input type="checkbox"/> SVES / VES monomorph <input type="checkbox"/> VES polymorph</p> <p>ATMUNG <input type="radio"/> unauffällig <input type="checkbox"/> Apnoe <input type="checkbox"/> Stridor <input type="checkbox"/> Hyperventilation <input type="radio"/> nicht US <input type="checkbox"/> Dyspnoe <input type="checkbox"/> Beatmung <input type="checkbox"/> Zyanose <input type="checkbox"/> Atemwegsverlegung <input type="checkbox"/> Schnappatmung <input type="checkbox"/> Spastik <input type="checkbox"/> Rasselgeräusche <input type="checkbox"/> sonstiges path. Atemmuster (Biot, Cheyne Stokes etc.)</p> <p>HAUT <input type="radio"/> unauffällig <input type="checkbox"/> stehende Hautfalten <input type="checkbox"/> Ödeme <input type="radio"/> nicht US <input type="checkbox"/> pathologisch <input type="checkbox"/> Dekubitus <input type="checkbox"/> kaltschweißig <input type="checkbox"/> Exanthem</p> <p>PSYCHE <input type="radio"/> unauffällig <input type="checkbox"/> erregt <input type="checkbox"/> aggressiv <input type="checkbox"/> verlangsamt/stuporös <input type="radio"/> nicht beurteilbar <input type="checkbox"/> depressiv <input type="checkbox"/> ängstlich <input type="checkbox"/> euphorisch <input type="radio"/> nicht US <input type="checkbox"/> wahnhaft <input type="checkbox"/> verwirrt <input type="checkbox"/> suizidal <input type="checkbox"/> motorisch unruhig</p>																																																																													
<h3 style="text-align: center;">ERKRANKUNGEN</h3> <p><input type="radio"/> keine</p> <p>ZNS <input type="checkbox"/> Schlaganfall, TIA, intrakranielle Blutung <input type="checkbox"/> im Lysefenster (Symptombeginn erfassen) <input type="checkbox"/> Krampfanfall <input type="checkbox"/> Status epilepticus <input type="checkbox"/> Meningitis / Enzephalitis <input type="checkbox"/> Synkope</p> <p>Herz-Kreislauf <input type="checkbox"/> Akutes Koronarsyndrom <input type="checkbox"/> STEMI <input type="checkbox"/> Vorderwand <input type="checkbox"/> Hinterwand <input type="checkbox"/> Rhythmusstörung <input type="checkbox"/> tachy <input type="checkbox"/> brady <input type="checkbox"/> Lungenembolie <input type="checkbox"/> orthostatische Fehlregulation <input type="checkbox"/> Herzinsuffizienz <input type="checkbox"/> Lungenödem <input type="checkbox"/> hypertensiver Notfall / hypertensive Krise <input type="checkbox"/> kardiogener Schock <input type="checkbox"/> Schrittmacher- / ICD-Fehlfunktion</p> <p>Atmung <input type="checkbox"/> Asthma (Anfall) <input type="checkbox"/> Status asthmaticus <input type="checkbox"/> COPD (ggf. Exazerbation) <input type="checkbox"/> Heimbeatmung <input type="checkbox"/> Heimsauerstoff <input type="checkbox"/> Pneumonie, Bronchitis <input type="checkbox"/> Hyperventilationssyndrom <input type="checkbox"/> Aspiration <input type="checkbox"/> Haemoptysen</p> <p>Abdomen <input type="checkbox"/> Akutes Abdomen <input type="checkbox"/> GI-Blutung <input type="checkbox"/> obere <input type="checkbox"/> untere <input type="checkbox"/> Kolik (z.B. Niere, Galle) <input type="checkbox"/> Enteritis</p>	<h3 style="text-align: center;">VERLETZUNGEN</h3> <p>Zusammenhang mit sportlicher Aktivität <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein beruflicher Aktivität <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein</p> <p><input type="radio"/> keine</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th>leicht</th> <th>mittel</th> <th>schwer</th> <th>geschlossen</th> <th>offen</th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Schädel-Hirn</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> Polytrauma.</td> </tr> <tr> <td>Gesicht</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Hals</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Thorax</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Abdomen</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Wirbelsäule</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Becken</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Obere Extremitäten</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Untere Extremitäten</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Weichteile</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p><input type="checkbox"/> Verbrennung, Verbrühung Grad _____ % <input type="checkbox"/> Unfallmechanismus Trauma <input type="checkbox"/> stumpf <input type="checkbox"/> penetrierend <input type="checkbox"/> Grad _____ % <input type="checkbox"/> Sturz <input type="checkbox"/> ebenerdig <input type="checkbox"/> <3m <input type="checkbox"/> >3m <input type="checkbox"/> Verletzung Verkehrsteilnehmer <input type="checkbox"/> Fußgänger <input type="checkbox"/> E-Scooter <input type="checkbox"/> Verschüttung <input type="checkbox"/> Einklemmung <input type="checkbox"/> Fahrrad <input type="checkbox"/> E-Bike u.Ä. <input type="checkbox"/> Motorrad/Sozius <input type="checkbox"/> Inhalationstrauma <input type="checkbox"/> Elektrofall <input type="checkbox"/> PKW-Insasse <input type="checkbox"/> LKW-Insasse <input type="checkbox"/> Bus-Insasse <input type="checkbox"/> BeinaheErtrinken <input type="checkbox"/> Tauchunfall <input type="checkbox"/> haemorrhagischer Schock <input type="checkbox"/> Schlag <input type="checkbox"/> Schuss <input type="checkbox"/> Sonstige <input type="checkbox"/> Stich <input type="checkbox"/> Sonstige <input type="checkbox"/> Gewaltverbrechen</p>		leicht	mittel	schwer	geschlossen	offen		Schädel-Hirn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Polytrauma.	Gesicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Hals	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Thorax	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Abdomen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Wirbelsäule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Becken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Obere Extremitäten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Untere Extremitäten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Weichteile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	leicht	mittel	schwer	geschlossen	offen																																																																									
Schädel-Hirn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Polytrauma.																																																																								
Gesicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																									
Hals	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																									
Thorax	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																									
Abdomen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																									
Wirbelsäule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																									
Becken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																									
Obere Extremitäten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																									
Untere Extremitäten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																									
Weichteile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																									
<h3 style="text-align: center;">ERSTDIAGNOSEN</h3> <p>NACA <input type="radio"/> I (geringfügige Störung) <input type="radio"/> II (leichte Störung) <input type="radio"/> III (mäßige Störung) <input type="checkbox"/> Palliative Situation <input type="radio"/> IV (Lebensgefahr nicht auszuschließen) <input type="radio"/> V (akute Lebensgefahr) <input type="radio"/> VI (Reanimation) <input type="radio"/> VII (Tod)</p>																																																																														

Abbildung 3: DIVI Protokoll V. 6.0 (Seite 1)

ÖAMTC Flugrettung

		NA		FR		PI																																																																																																																																																																																																				
NAH	Nr	<input type="checkbox"/> Prim <input type="checkbox"/> Sek	Datum	Alarm	E-Ort																																																																																																																																																																																																					
ALLGEMEIN	Vorname			Name			<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w																																																																																																																																																																																																			
	Straße			PLZ/Ort			Land																																																																																																																																																																																																			
	VS-Nr	G-Dat	Vers	E-Dg																																																																																																																																																																																																						
	EV <input type="checkbox"/> Laien <input type="checkbox"/> Sani <input type="checkbox"/> Arzt			NF-Kat <input type="checkbox"/> Unf <input type="checkbox"/> Int <input type="checkbox"/> Neu <input type="checkbox"/> Päd <input type="checkbox"/> Gyn <input type="checkbox"/> Psy <input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																																						
ANAMNESE							VE, Med, All																																																																																																																																																																																																			
ERSTBEFUND	GCS	<input type="checkbox"/>	Verbal	5 orient	4 verw	3 Inad	2 unv	1 kein	Pup	<input type="checkbox"/> R	<input type="checkbox"/> L	LR	<input type="checkbox"/> R	<input type="checkbox"/> L	<input type="checkbox"/> kein <input type="checkbox"/> leicht <input type="checkbox"/> stark																																																																																																																																																																																											
	Motorik	6 Auf	5 gsz	4 ung	3 Beug	2 Streck	1 kein	OE re	<input type="checkbox"/> oB	<input type="checkbox"/> Parese	<input type="checkbox"/> Plegie	OE li	<input type="checkbox"/> oB	<input type="checkbox"/> Parese	<input type="checkbox"/> Plegie		BZ																																																																																																																																																																																									
	Motorik	UE re	<input type="checkbox"/> oB	<input type="checkbox"/> Parese	<input type="checkbox"/> Plegie	UE li	<input type="checkbox"/> oB	<input type="checkbox"/> Parese	<input type="checkbox"/> Plegie	Schmerz																																																																																																																																																																																																
	Atmung		<input type="checkbox"/> suff	<input type="checkbox"/> insuff	<input type="checkbox"/> Apnoe	<input type="checkbox"/> Dyspn	<input type="checkbox"/> Hyperv	<input type="checkbox"/> Aspir	<input type="checkbox"/> Zyan	AF	SpO ₂																																																																																																																																																																																															
	Atemweg		<input type="checkbox"/> RG	<input type="checkbox"/> Strid	<input type="checkbox"/> Spast	etCO ₂		Temp																																																																																																																																																																																																		
	Herz/KL		<input type="checkbox"/> SR	<input type="checkbox"/> VHF	<input type="checkbox"/> AVB	<input type="checkbox"/> ES	<input type="checkbox"/> SVT	<input type="checkbox"/> VT	<input type="checkbox"/> VF	<input type="checkbox"/> PEA	<input type="checkbox"/> Asy	<input type="checkbox"/> CPR																																																																																																																																																																																														
	NACA		Herz/KL		<input type="checkbox"/> Ischämie	HF	RR																																																																																																																																																																																																			
	Arbeitsdiagnose(n)																																																																																																																																																																																																									
	<input type="checkbox"/> Unters <input type="checkbox"/> VacM <input type="checkbox"/> Stfn <input type="checkbox"/> SamSp <input type="checkbox"/> Blutst <input type="checkbox"/> Verband <input type="checkbox"/> Repos <input type="checkbox"/> Schw Bergung <input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																																									
	<input type="checkbox"/> Venflon <input type="checkbox"/> IO-Z <input type="checkbox"/> CPR <input type="checkbox"/> Defi/CV <input type="checkbox"/> SM <input type="checkbox"/> O ₂ -M <input type="checkbox"/> Abs <input type="checkbox"/> Atemweg <input type="checkbox"/> Diff Airway <input type="checkbox"/> Tx-Dr																																																																																																																																																																																																									
Uhrzeit														E-Ort an		ab																																																																																																																																																																																										
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:5%;"></td> <td style="width:5%;">220</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>1</td> </tr> <tr> <td></td> <td>200</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>2</td> </tr> <tr> <td>↓</td> <td>180</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>3</td> </tr> <tr> <td>↘</td> <td>160</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>4</td> </tr> <tr> <td>♥</td> <td>140</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>5</td> </tr> <tr> <td>●</td> <td>120</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>6</td> </tr> <tr> <td>•</td> <td>100</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>7</td> </tr> <tr> <td>V</td> <td>80</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>8</td> </tr> <tr> <td>^</td> <td>60</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>9</td> </tr> <tr> <td></td> <td>40</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>10</td> </tr> <tr> <td></td> <td>20</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>11</td> </tr> </table>																	220															1		200															2	↓	180															3	↘	160															4	♥	140															5	●	120															6	•	100															7	V	80															8	^	60															9		40															10		20															11
	220															1																																																																																																																																																																																										
	200															2																																																																																																																																																																																										
↓	180															3																																																																																																																																																																																										
↘	160															4																																																																																																																																																																																										
♥	140															5																																																																																																																																																																																										
●	120															6																																																																																																																																																																																										
•	100															7																																																																																																																																																																																										
V	80															8																																																																																																																																																																																										
^	60															9																																																																																																																																																																																										
	40															10																																																																																																																																																																																										
	20															11																																																																																																																																																																																										
SpO ₂																																																																																																																																																																																																										
etCO ₂																																																																																																																																																																																																										
O ₂ l/m, FIO ₂																																																																																																																																																																																																										
AMV/AF																																																																																																																																																																																																										
Peak/PEEP																																																																																																																																																																																																										
ÜBERGABE	Zeit																																																																																																																																																																																																									
	KH																																																																																																																																																																																																									
	Abt																																																																																																																																																																																																									
Bemerkungen															Unterschrift																																																																																																																																																																																											

© Hohlrieder, Kaufmann | 2014

A 704742 | G089L23

Original zum Verbleib beim Patienten

Abbildung 5: Handschriftliches Protokoll der ÖAMTC Flugrettung – Hohlrieder/Kaufmann, 2014

4.4.1 Einsatzdaten / Einsatztechnische Daten

Unter Einsatzdaten werden Strukturdaten und rettungsdienstliche Einsatzdaten zusammengefasst. Darunter versteht man die einzelnen am Einsatz beteiligten Personen in ihrer jeweiligen Funktion, die beteiligten Rettungsmittel, die Art des Einsatzes (Primär- oder Sekundäreinsatz) sowie die Notfallkategorie oder auch Einsatzzeiten und den Berufungsort.⁸⁸

All diese Daten werden für die medizinische Behandlung des Patienten zwar nicht direkt benötigt, sind jedoch für die Vollständigkeit sowie weiterführende Auswertungen und Zuordenbarkeit von Bedeutung. Daher werden auch die Gründe für einen Fehleinsatz abgefragt. Wenn ein Patient nach Alarmierung nicht mehr am Berufungsort auffindbar ist, können auch keine Patientendaten abgefragt und keine Behandlung durchgeführt werden. Es wird in diesem Fall mit „kein Patient vorhanden“ festgehalten, warum keine weitere Dokumentation erfolgt ist.

4.4.2 Die Patienten-Stammdaten

Bei den Patientendaten werden unter anderem Name, Geschlecht, Geburtsdatum und Sozialversicherungsnummer sowie der Wohnort erfasst.

Die händische Eingabe der Sozialversicherungsnummer und der Patientendaten kann im digitalen Dokumentationsprozess durch das Einlesen der E-Card ersetzt werden.

4.4.3 Die Notfalleinweisung

Bei der Notfalleinweisung werden nach Eintreffen am Einsatzort neben dem Erstbefund und dem Notfallgeschehen die Notfallzeit (dies ist vor allem wichtig bei Krankheiten mit akutem Krankheitsbeginn wie beispielsweise Myokardinfarkte oder Insulte), bisherige Krankheiten oder auch die laufende Medikation erfasst und dokumentiert.

Auf dem einseitigen Trimmel-Protokoll wird für die Notfalleinweisung deutlich weniger Platz für Freitext eingeräumt als auf dem zweiseitigen DIVI-Protokoll. Die in der in

⁸⁸ EDV-Trimmel, NACA-X Handprotokoll 6.0 A (2021).

Deutschland verwendeten Version abgefragten Punkte zum Allgemeinzustand des Patienten vor dem Ereignis oder zur Versorgungssituation stellen hier wichtige Parameter dar, welche ohne deren explizite Abfrage leicht vergessen werden könnten. Diese sind für die nachbehandelnden Ärzte jedoch von Bedeutung, sofern nicht innerklinisch Angehörige nach Entbindung von der Schweigepflicht durch den Patienten befragt werden können.⁸⁹

Im Protokoll werden auch der neurologische Erstbefund, der Kreislaufzustand, die Atmung, das EKG bei Eintreffen mit Schmerzsymptomatik und Vitalwerte am Trimmel Protokoll abgefragt. Am DIVI Protokoll werden aus Platzgründen zwei einzelne Felder für Erstbefund-Neurologie und Messwerte initial vergeben. Es wird auch auf den Hautstatus und psychiatrischen Status eingegangen, welche bei Ersterem nicht abgefragt werden.

4.4.4 Die Erstdiagnose

Die Erstdiagnose im Sinne einer Erkrankung oder Verletzung wird dokumentiert. Während bei der Dokumentation von Verletzungen beim DIVI Protokoll alle Daten in Form von Freitext-Feldern erhoben und dem Unfallmechanismus mehr Raum eingeräumt wird, erfolgt die Erhebung der Daten im Trimmel-Protokoll durch Ankreuzen an einer abstrakten Abbildung eines Menschen.

Die Erstdiagnose stellt in vielen Fällen nur eine grobe Verdachtsdiagnose dar, da die Notfallmedizin meist ohne Laboruntersuchungen und Bildgebungen (Röntgen oder Sonographien) erfolgt. Für den nachbehandelnden Arzt kann eine Verdachtsdiagnose wertvoll sein; die Stabilisierung des Patienten steht jedoch immer vor der (Verdachts-)Diagnosestellung.

Wie ein diensthabender Oberarzt einer Notaufnahme sinngemäß sagte: *„Es ist wichtig, vom Notarzt oder den Rettungssanitätern übergeben zu bekommen, wie die Umstände präklinisch waren und welche Maßnahmen gesetzt wurden. Nach der passenden Diagnose dazu suche ich dann schon selbst.“*

⁸⁹ § 54 Abs 2 Z 2 ÄrzteG.

Mögliche Erkrankungen im Sinne einer Verdachtsdiagnose werden auch in den digitalen Dokumentationssystemen abgefragt, da eine Datenkongruenz bei der Diagnosen-Kodierung gewünscht wird.⁹⁰

4.4.5 (M)NACA-Score

Der NACA-Score wurde ursprünglich entwickelt, um die Verlegungsfähigkeit von verletzten Soldaten per Lufttransport abschätzen zu können. Heute wird er neben anderen Scoring-Systemen zur Erfassung der Schwere der Verletzung oder der Erkrankung des Patienten in der präklinischen Notfallmedizin verwendet und sowohl auf den analogen als auch in den digitalen Dokumentationssystemen abgefragt.⁹¹ Der M(Münchner)-NACA wurde darauf basierend entwickelt; dieser beinhaltet Kriterien, welche aus der Einsatzdokumentation hervorgehen, und ist deutlich objektiver als der NACA-Score. Für den primären Zweck der Dokumentation – der Therapiesicherung des Patienten – ist der Wert des NACA wenig bedeutsam; er bietet jedoch eine Grundlage für wissenschaftliche Fragestellungen, dient der Qualitätssicherung im Rettungsdienst sowie Notarztwesen und wird zur retrospektiven Beurteilung der Einsatzindikation herangezogen.⁹²

4.4.6 Durchgeführte Maßnahmen

Unter diesem Punkt werden durchgeführte Maßnahmen betreffend den Kreislauf, die Atmung und das Monitoring sowie sonstige Maßnahmen erfasst. Auch Einstellungswerte bei erfolgter Beatmung, gesetzte Venenverweilkatheter oder Thoraxdrainagen werden abgefragt. Zudem findet sich im Freitext-Feld Platz zur Dokumentation von verabreichten Medikamenten, Infusionen und verwendeten Materialien ebenso wie für eine Verlaufsbeschreibung. Der Übergabezustand und der Ort werden zudem hier dokumentiert.

Der Dokumentation der Maßnahmen und der Verlaufsbeschreibung wird im Trimmel-Protokoll im Vergleich zum DIVI Protokoll eine ganze DIN A4 Seite zugeschrieben.

⁹⁰ *Fischer/Messelken* in Scholz et al (Hrsg), Notfallmedizin³ (2013) 622.

⁹¹ *Reifferscheid* in Scholz et al (Hrsg), Notfallmedizin³ (2013) 581.

⁹² *Häfele et al*, Validierung des M-NACA-Scores und Überarbeitung für den Datensatz MIND 4.0, in Notfall + Rettungsmedizin (2023) <link.springer.com/article/10.1007/s10049-023-01168-3> 15.01.2024.

Raum für Bemerkungen im Sinne von einsatzrelevanten Besonderheiten im Verlauf oder zur Angabe von Hausarzt, Telefon-Nummern Angehöriger etc steht am einseitigen Trimmel-Protokoll nicht zur Verfügung.

4.4.7 Protokollunterschiede

Der größte Unterschied zwischen dem Trimmel-Protokoll und dem DIVI Protokoll basiert auf den verschiedenen Größen der Papierbögen. Auch wenn die DIN A3-großen DIVI Protokollversionen oft als unhandlich bezeichnet werden und bereits 2013 von einer zukünftigen Beschränkung auf ein DIN A4 Protokoll die Rede war, ist die derzeitige Version 6.0 (2022) immer noch in DIN A3 gestaltet.⁹³

Bei einem Dokument in DIN A4 Format müssten aufgrund des geringeren Platzes gewisse Daten gekürzt oder gestrichen werden. Es könnte hier maximal an einzelnen Stellen überlegt werden, Inhalte durch andere zu ersetzen. Wichtig ist allerdings, dass der Inhalt so dokumentiert wird, dass die weiterbehandelnden Ärzte alle medizinisch wertvollen Informationen erhalten und bei zusätzlicher digitaler Dokumentation wichtige Punkte ergänzt werden können.

Halmich schreibt, dass auch die Rückseite des Protokolls Platz für eine ausführliche Situationsbeschreibung bietet.⁹⁴ Hier ist allerdings zu bedenken, dass dies nicht auf alle drei Durchschläge des Protokolls übernommen wird und somit entweder im Krankenhaus abgegeben oder in den Dokumentationsmappen im Notarztstützpunkt etc abgeheftet werden kann.

4.5 Besonderheiten in der Dokumentation

4.5.1 Personen ohne Identitätsfeststellung

Wenn bei einem Notfallpatienten aufgrund von Bewusstlosigkeit oder aber auch fehlender Compliance zunächst keine Identifizierung möglich ist, sollte eine eindeutige Zuordnung zu dem Patienten durch das Festhalten von Fallmerkmalen sichergestellt werden.⁹⁵

⁹³ *Fischer/Messelken* in Scholz et al (Hrsg), *Notfallmedizin*³ (2013) 622.

⁹⁴ *Halmich*, *Recht für Sanitäter und Notärzte*² (2016) 80.

⁹⁵ *Kletečka-Pulker* in *Handbuch Medizinrecht* Kap I.5.4.2.

In der Notfallmedizin gibt es immer wieder Fälle, in welchen die Identitätsfeststellung bis zum Abschluss der Behandlung nicht möglich ist. Dies sind beispielsweise Patienten, für die Passanten welche den Patienten nicht persönlich kennen die Rettung gerufen haben oder Patienten die bei Eintreffen des Notarztes nicht mehr auffindbar sind. Es kann sich aber auch um bewusstlose Patienten handeln, bei welchen man bei Übergabe in der Notfallambulanz des Krankenhauses noch nicht weiß, um wen es sich handelt. In diesem Fall könnten die Daten auf Nachfrage im Krankenhaus auch im Nachhinein ergänzt werden.

4.5.2 Die Patientenverfügung

Nach dem Patientenverfügungsgesetz hat der behandelnde Arzt „Patientenverfügungen in die Krankengeschichte oder, wenn sie außerhalb einer Krankenanstalt errichtet wurden, in die ärztliche Dokumentation aufzunehmen.“⁹⁶ Dies bedeutet, dass der Gesetzgeber vor allem Krankenanstalten anspricht, die Patientenverfügungen ins System einzupflegen. Auch im Tiroler KAG findet sich eine dementsprechende Verpflichtung.⁹⁷

Zur vollständigen Krankenakte gehören neben Patientenverfügungen auch Laborbefunde oder Röntgenbefunde, welche auch in die ELGA eingepflegt werden sollten.⁹⁸ Allerdings sind der Einblick und Zugriff darauf in der präklinischen Notfallmedizin bisher nicht möglich.

Auch wenn nur ein geringer Anteil der österreichischen Bevölkerung eine Patientenverfügung hat,⁹⁹ hätte der Notarzt je nach Anfahrtszeiten zum Ort des Notfallgeschehens prinzipiell die Möglichkeit, Einsicht in Unterlagen zu nehmen. Gerade eine Patientenverfügung, welche bestimmte medizinische Maßnahmen ablehnt, kann dabei sehr wertvoll sein, da man im Zweifel vor Ort keine Verzögerungen in Kauf nehmen darf und auch will und daher „in dubio pro vita“ eine Behandlung beginnen wird.

⁹⁶ § 14 Abs 1 PatVG.

⁹⁷ § 15 Abs 1 lit g Tir KAG.

⁹⁸ § 2 Z 9 GTelG.

⁹⁹ *Halmich*, Recht für Sanitäter und Notärzte² (2016) 167.

Nach § 12 PatVG bleibt die medizinische Notfallversorgung von diesem Gesetz unberührt, sofern „der mit der Suche nach einer Patientenverfügung verbundene Zeitaufwand das Leben oder die Gesundheit des Patienten ernstlich gefährdet.“¹⁰⁰ Wenn der Notarzt beim Patienten eintrifft und ihm erst vor Ort eine Patientenverfügung in die Hand gedrückt wird, sollte er diese zwar beachten; bis die Umstände geklärt sind, wird bei einem reanimationspflichtigen Patienten jedoch nicht auf eine Therapie entsprechend der gültigen ERC-Guidelines verzichtet, auch wenn dies nicht im Sinne des Patienten ist. Die Behandlung kann später im Sinne des Patientenwillens noch abgebrochen werden.

Eine Patientenverfügung muss jedoch nicht immer in schriftlicher Form erfolgen. Oft artikulieren Patienten ihre Wünsche mündlich, was einer nicht verbindlichen Patientenverfügung entspricht und bei der Ermittlung des Patientenwillens herangezogen werden soll. Voraussetzung für eine gültige Patientenverfügung ist allerdings jedenfalls, dass der Patient einsichts- und urteilsfähig ist.¹⁰¹ Wenn ein schwer verletzter oder kranker Patient im Rahmen des Notarzteinsatzes Aussagen diesbezüglich macht, wird es in der Praxis schwierig sein, die Einsichts- und Urteilsfähigkeit zu beurteilen. Es muss bei ansprechbarem Patienten vor Ort daher versucht werden, herauszufinden, ob der Patient derartige Äußerungen zB gegenüber Angehörigen bereits zuvor geäußert hat. Im Einvernehmen mit dem Patienten kann dann eine Entscheidung getroffen werden, welche diagnostischen oder therapeutischen Maßnahmen noch gesetzt werden sollten und welche unterlassen werden. Diese Entscheidungen sollten entsprechend in der Dokumentation festgehalten werden.

Der tatsächliche Patientenwille ist somit wie in der klinischen Medizin auch in der präklinischen Notfallmedizin von Bedeutung. Auch Notärzte haben, soweit dies ohne Gefährdung des Lebens des Patienten möglich ist, den tatsächlichen oder zumindest mutmaßlichen Willen des Patienten zu ermitteln. Auch Patientenverfügungen sind, wenn möglich, bei der Willensermittlung heranzuziehen.¹⁰²

¹⁰⁰ § 12 PatVG.

¹⁰¹ *Kletečka-Pulker* in Handbuch Medizinrecht Kap I.5.4.5.

¹⁰² *Lippert*, Der Wille des Patienten in der präklinischen Notfallmedizin, GesR 2014, 710-713.

4.5.3 Der Revers

Nach § 48 ÄrzteG darf der Arzt die Erste Hilfe im Falle drohender Lebensgefahr nicht verweigern. Im Gegensatz dazu hat der Patient sehr wohl das Recht, eine lebensnotwendige Behandlung zu verweigern und selbst zu entscheiden. Dieses Selbstbestimmungsrecht lässt sich grundrechtlich aus Art 8 EMRK ableiten.¹⁰³ Ebenso belegen einfachgesetzliche Regelungen und einige explizite medizinrechtliche Bestimmungen wie beispielsweise im Krankenanstaltenrecht (§ 5a Abs 1 Z 2 KAKuG) oder im Strafrecht (§ 110 StGB), dass der Patient selbst durch ausdrückliche Einwilligung entscheiden kann, ob eine medizinische Behandlung als Eingriff in die körperliche Integrität zulässig ist oder nicht.¹⁰⁴

Für den innerklinischen Fall ist eine vorzeitige Entlassung auf Wunsch des Patienten über § 35 Abs 2 Tir KAG geregelt, es kommt jedoch auch bei Notarzteinsätzen vor, dass Patienten die angebotene Hilfeleistung oder den Transport ins Krankenhaus ablehnen und einen Revers unterschreiben, dass sie nicht mitfahren wollen. Für den Notarzt steht hier im Vordergrund, ob der Patient die volle Tragweite seiner Entscheidung erkennen kann oder ob er sich in einem körperlichen oder geistigen Ausnahmezustand befindet, in welchem er dies selbst nicht entscheiden kann. Beispielsweise stellt ein Schock oder Alkoholisierung einen kausalen Grund dar, welcher die Urteilsfähigkeit eines Patienten beeinträchtigen kann. Ein urteils- und einsichtsfähiger Patient ist jedoch Voraussetzung für die Unterfertigung eines Revers. Da es sich va präklinisch um keine vorgefertigten Szenarien handelt, sollte eine fallbezogene Beschreibung des Sachverhaltes erfolgen. Es sollen somit bei fehlender Entscheidungsfähigkeit alle Umstände dokumentiert werden, aufgrund welcher auf diese geschlossen wird.

Sollte der Notarzt zu dem Schluss kommen, dass kein rechtlich haltbarer Revers unterzeichnet werden kann, so können bei medizinischer Behandlungsindikation Zwangsmaßnahmen – aufgrund von fehlender gesetzlicher Grundlage im Notfallmedizinischen Bereich – nur unter Beiziehung der Polizei durchgeführt werden. Wenn eine psychische Krankheit sowie eine akute Eigengefährdung oder Fremdgefährdung

¹⁰³ *Grabenwarter/Krauskopf* in Resch/Wallner, Medizinrecht³ (2020) Kap I Rn 50.

¹⁰⁴ *Wallner*, Therapeutisches Privileg - zwischen Ehrlichkeit und Menschlichkeit in RdM 2023/45, 204.

festgestellt werden, kann die Polizei den Patienten auch ohne Untersuchung und Bescheinigung iSv § 8 UbG in eine psychiatrische Abteilung bringen, wenn sie ua von einem Notarzt beigezogen wurde, welcher nachvollziehbar im Rahmen seiner Behandlung des Patienten die Voraussetzungen des § 3 UbG für gegeben erachtet.¹⁰⁵ Die Patienten werden folglich dem diensthabenden Psychiater vorgestellt, welcher über eine mögliche Unterbringung entscheidet.

Wenn ein Revers unterzeichnet wird, ist es wichtig zu dokumentieren, dass aus ärztlicher Sicht die Urteilsfähigkeit gegeben ist. Die Dokumentation sollte möglichst präzise sein und wenn möglich sollten auch Zeugen beigezogen werden. Dies ist in der Prälinik mit mindestens zwei Personen am Notarzteinsatzfahrzeug oder Rettungseinsatzfahrzeug auch dann gegeben, wenn der Patient neben der Behandlung und/oder dem Transport ins Krankenhaus auch die Unterschrift am Reversformular verweigert.

¹⁰⁵ § 9 Abs 3 UbG.

REVERS

- 1) Ich bestätige, dass ich eine mir angeratene Hilfeleistung trotz Aufklärung über die möglichen Folgen verweigert habe.
- 2) Ich bestätige, dass ich den mir angeratenen Transport in ein Krankenhaus trotz Aufklärung über mögliche Folgen verweigert habe.
- 3) Ich bestätige, dass ich aufgefordert wurde, sofort bzw. noch heute einen Arzt oder ein Krankenhaus aufzusuchen.
- 4) Ich bestätige, dass ich aufgefordert wurde, bei Auftreten von Schmerzen oder bei Verschlechterung meines Zustandes sofort einen Arzt aufzusuchen.

Datum	Unterschrift des Patienten
-------	----------------------------

Transportnummer	Name des Pat. in Blockbuchstaben
-----------------	----------------------------------

Wir bestätigen, dass der Patient über mögliche Gefahren und Folgen der Verweigerung aufgeklärt wurde, aber trotzdem die angeratene Hilfeleistung/Transport ablehnt und die Unterschrift verweigert.

Transportführer	Personal Nr.	Unterschrift
-----------------	--------------	--------------

Einsatzfahrer	Personal Nr.	Unterschrift
---------------	--------------	--------------

Falls Zeugen vorhanden, sind diese unten mit Namen, Adresse und Unterschrift anzuführen.

Abbildung 6: Beispiel eines Reversformulars – Österreichisches Rotes Kreuz, Landesverband Tirol

4.5.4 Die Belassung

Dem Revers gegenüber steht die Belassung. Hierbei wird von einem Transport des Patienten ins Krankenhaus aufgrund der durch den Notarzt diagnostizierten aktuell fehlenden Indikationsstellung abgesehen. Der Patientenwille spielt in diesem Fall

keine und nur bei fraglicher Indikation eine Rolle. Die fehlende Indikation muss begründet werden, wobei die dementsprechende Dokumentation wichtig ist.¹⁰⁶

Ein Beispiel für eine Belassung stellt der palliative Notfall bzw die palliative Versorgung dar. Während die Notfallmedizin eher darauf ausgelegt ist, „so viel wie möglich“ zu machen, geht es in der Palliativmedizin und bei der Beistandspflicht des Arztes bei Sterbenden darum, „so wenig wie nötig“ zu tun.

In der Patientenversorgung angemessene Diagnostik und Therapieverfahren sind in der Begleitung sterbender Menschen oft nicht mehr angezeigt und zu begrenzen.¹⁰⁷

Auch bei guter Vorbereitung von Palliativplänen für die Betroffenen und ihre Angehörigen kann es vorkommen, dass ein akut auftretendes und unbeherrschbares Symptom, das entweder mit der Grunderkrankung assoziiert ist oder im Rahmen des Sterbeprozesses auftritt, den Beteiligten Angst macht und Angehörige dann die Notfallrettung verständigen. Es ist daher möglich, dass der Notarzt auch bei palliativen Notfällen verständigt wird.

Die Herausforderungen stellen dabei zum einen das Informationsdefizit bezüglich der Vorerkrankung und des Patientenwillens bezüglich medizinischer Maßnahmen und zum anderen der Zeitdruck bezüglich des Ergreifens oder Unterlassens von lebenserhaltenden Maßnahmen dar. Im Zweifel hat der Erhalt des Lebens auch hier Vorrang.

Die medizinische Herausforderung ist es, den Patienten als sterbend zu erkennen. Dann steht bei der Behandlung die Symptomkontrolle unter Wahrung der Würde des Patienten im Vordergrund.¹⁰⁸ Es sollte nach der Information des LIV für „Ärztliche Noteinsätze bei Palliativpatienten in der Sterbephase“ versucht werden, nach dem Willen der Betroffenen zu handeln sowie ein Sterben in Würde am Wohnort ermöglicht und ein Transport sterbender Menschen vermieden werden.¹⁰⁹

¹⁰⁶ Halmich, *Recht für Sanitäter und Notärzte*² (2016) 164-165.

¹⁰⁷ Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung, *Deutsches Ärzteblatt* (2011) Heft 7 A 346.

¹⁰⁸ § 49a Abs 1 ÄrzteG.

¹⁰⁹ LIV, *Ärztliche Noteinsätze bei Palliativpatienten in der Sterbephase* <<https://aerld-tirol.at/doku/Aerztliche%20Noteinsaetze%20bei%20Palliativpatienten%20in%20der%20Sterbephase.pdf>>, 25.10.2023.

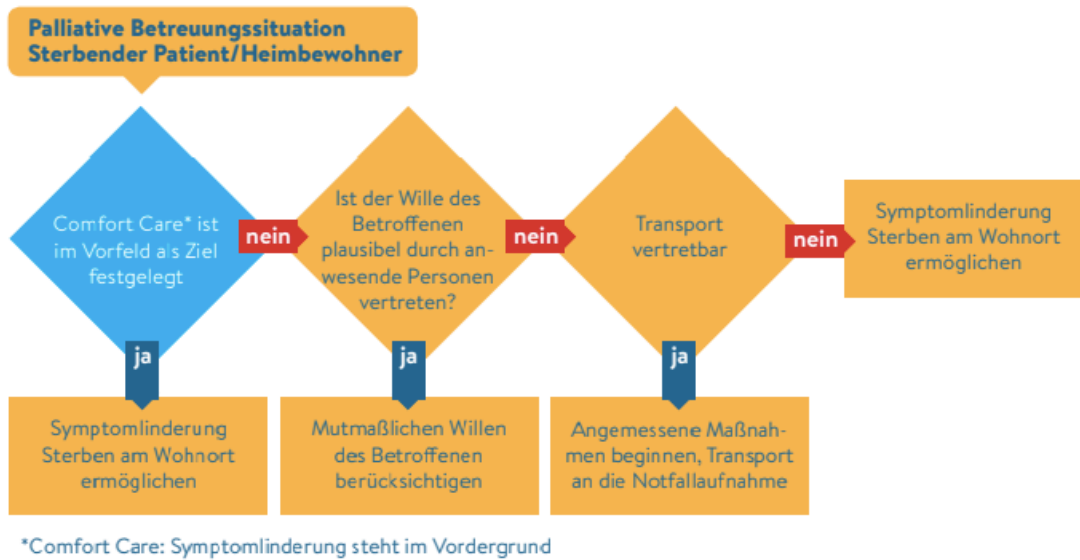


Abbildung 7: Ablauf Notarzt-Einsatz beim sterbenden Menschen ¹¹⁰

Die im Prozess durchgeführten Schritte können den oben dargestellten Schritten entsprechend möglichst nachvollziehbar dokumentiert werden.

4.5.5 Die Todesfeststellung

Unabhängig davon, ob der Notarzt bei einem Patienten mit bereits sicheren Todeszeichen eintrifft oder eine Reanimation abbricht, wird die Todesfeststellung primär durch den anwesenden Notarzt gemacht und auch entsprechend auf einem eigens dafür erstellten Formular, dem standardmäßig verwendeten handschriftlichen Protokoll oder durch Ausfüllen der entsprechenden Daten im digitalen Dokumentationssystem festgehalten. Sprengelarzt und ggf Exekutive müssen ergänzend nachgefordert werden, da die Totenbeschau in Tirol der Gemeinde obliegt.

Die Vornahme der Totenbeschau ist Aufgabe des Stadtphysikats bzw der Sprengelärzte. In den öffentlichen Krankenanstalten können die leitenden Anstaltsärzte oder von ihnen dazu ermächtigte Ärzte für diese Aufgabe herangezogen werden.¹¹¹

¹¹⁰ LIV, Ärztliche Noteinsätze bei Palliativpatienten in der Sterbephase <<https://aerld-tirol.at/doku/Aerztliche%20Noteinsaetze%20bei%20Palliativpatienten%20in%20der%20Sterbephase.pdf>>, 25.10.2023.

¹¹¹ § 29 Abs 1 Gemeindesaniätätsdienstgesetz.

Im Gegensatz dazu dürfen in Deutschland alle approbierten Ärzte, also auch Notärzte, einen Totenschein ausstellen.¹¹² Da im Rahmen der Notfallmedizin jedoch oft zu wenig Zeit für eine vollständige Leichenschau ist, füllen viele Notärzte nur eine vorläufige Todesbescheinigung aus, und der Totenschein wird später von einem anderen dafür bestellten Arzt ausgestellt.

Das beim Verstorbenen belassene Dokument sollte möglichst vor nachträglichen Veränderungen geschützt sein, wenn es nicht direkt vom Notarzt an den Sprengelarzt übergeben werden kann. Hier würde sich bei handschriftlichen Dokumenten ein verschließbarer Umschlag eignen, welcher an den Sprengelarzt adressiert wird.

¹¹² Regeln zur Durchführung der ärztlichen Leichenschau in AWMF-Leitlinien-Register Nr. 054/002 Klasse: 1 <https://register.awmf.org/assets/guidelines/054-002I_S1_Regeln-zur-Durchfuehrung-der-aerztlichen-Leichenschau_2023-03.pdf> 27.10.2023.

5 Zwecke der Dokumentationspflicht

Mit dem hohen Informationsgehalt bietet die Dokumentation eine gewisse Transparenz der durchgeführten ärztlichen Tätigkeit gegenüber diversen Interessensträgern.¹¹³

Die Zwecke der Dokumentationspflicht stellen insbesondere die Therapiesicherung, die Beweissicherung und die Rechenschaftslegung dar.¹¹⁴ Zudem werden der Dokumentation eine leistungsrechtliche Funktion im Sinne der Ab- und Verrechnung sowie eine wissenschaftliche Funktion zugeschrieben. Es sollten mit der geführten Dokumentation in jedem Fall die damit verfolgten Zwecke erreicht werden können.¹¹⁵

5.1 Medizinische Anforderungen – Therapiesicherung

Die Dokumentation birgt neben dem informativen Inhalt, einer vollständigen und verlässlichen Arbeitsgrundlage für mit- und weiterbehandelnde Ärzte, was va bei arbeitsteiligen Prozessen von Bedeutung ist, auch Interessen des Patienten. Umfassende Aufzeichnungen helfen, einen optimalen Behandlungsablauf, va bei langen Behandlungsabläufen oder bei Arbeitsteilung, gewährleisten zu können.¹¹⁶ Vollständige Aufzeichnungen sind für eine ausreichende Sicherheit des Patienten und der Wahrung der Rechte des Patienten unerlässlich. Der nachbehandelnde Arzt sollte nicht ausschließlich auf Angaben und Aussagen des jeweiligen Patienten angewiesen sein.¹¹⁷

Die Daten, welche zu den medizinischen Anforderungen zählen, müssen eine medizinische oder therapeutische Relevanz haben und einen Zusammenhang mit der ärztlichen Tätigkeit aufweisen.

Bayer diskutiert, dass der Dokumentation im Rahmen der Therapiesicherung vor allem bei arbeitsteiligen Prozessen eine noch größere Rolle zugeschrieben wird. Es

¹¹³ *Rehborn/Kern* in Laufs/Kern/Rehborn, Handbuch⁵ § 61 Rn 13.

¹¹⁴ OGH 28.08.1997 3 Ob 2121/96z.

¹¹⁵ *Steinhilper* in Laufs/Kern/Rehborn, Handbuch⁵ § 29 Rn 35.

¹¹⁶ *Kletečka-Pulker* in Handbuch Medizinrecht Kap I.5.3.

¹¹⁷ *Steinhilper* in Laufs/Kern/Rehborn, Handbuch⁵ § 29 Rn 35.

kann somit auf kostspielige und unnötige sowie uU für den Patienten auch belastende Untersuchungen verzichtet werden und zB auch Verabreichungen von Medikamenten mit Wechselwirkungen vermieden werden.¹¹⁸

5.2 Forensische Anforderungen – Beweissicherung

Von den Anforderungen an die Dokumentation ist die Beweissicherungsfunktion wohl die Umstrittenste in der Literatur.

Mit der Dokumentation wird ein potenzielles Beweismittel für einen eventuell folgenden Arzthaftungsprozess geschaffen. Dies sollte jedoch nie der primäre Zweck der Aufzeichnungen sein und ist somit als Adhärenz zu werten. Dementsprechend ist eine aus medizinischer Sicht nicht erforderliche Dokumentation auch aus Rechtsgründen nicht notwendig. Das Unterbleiben derartiger Aufzeichnungen kann dann auch keine beweisrechtlichen Folgen mit sich bringen.¹¹⁹

Beweispflichtig sind vor allem Besonderheiten, wohingegen Routineverläufe nicht oder nur in abgekürzter Form dokumentiert werden müssen.¹²⁰

Nach Bayer widerspricht eine rein forensischen Zwecken erfolgte Dokumentation, wie etwa das Anfertigen von Röntgenbildern aus diesem Grund, den bisherigen Meinungen. Anders verhält es sich bei Aufzeichnungen von Einwilligungen und Aufklärungen. Diese weisen an sich keine medizinische Relevanz auf und werden sowohl in den deutschen Normen als auch im § 51 ÄrzteG nicht explizit erwähnt. Diese Dokumentationen würden somit nur einen Beweissicherungszweck verfolgen.¹²¹ Spickhoff/Bleckwenn sprechen in diesem Zusammenhang von einer „Obliegenheit der Behandlungsseite im Sinne der eigenen Beweisvorsorge“.¹²²

Auch beim Thema der Revisionsicherheit wird diskutiert, dass es keinen nachvollziehbaren therapeutischen Grund gibt, dass diese als Merkmal in der Dokumentation eingeführt wurde. Es sei denn, der Gesetzgeber erhofft sich, daraus eine Möglichkeit

¹¹⁸ Bayer (Fn 22) Kap E 37-38.

¹¹⁹ Rehborn/Kern in Laufs/Kern/Rehborn, Handbuch⁵ § 61 Rn 10.

¹²⁰ Steinhilper in Laufs/Kern/Rehborn, Handbuch⁵ § 29 Rn 35.

¹²¹ Bayer (Fn 22) Kap E 41.

¹²² Spickhoff/Bleckwenn, Zum Beweiswert digitaler Aufklärungsbögen bei Verwendung elektronischer Signaturen, VersR 2013, 1350-1354.

zur Rückverfolgung von Änderungen und eine glaubhafte Aufzeichnung, möglichst frei von Manipulationen, zu forensischen Zwecken in der Beweissicherung zu generieren.¹²³

Zur uneingeschränkten Verwertbarkeit der Dokumentation in einem möglichen Haftungsprozess sollten trotz fehlender medizinischer Relevanz auch das Aufzeichnungsdatum und die -uhrzeit festgehalten werden, wobei bei einer elektronischen Dokumentation ein Zeitstempel mittlerweile zur Standardausstattung der Software gehören sollte.¹²⁴

In einer Beweissicherungsfunktion der Dokumentation kann aber auch eine positive Beeinflussung der Prozessökonomie als Nebeneffekt gesehen werden, indem ein möglicher Arzthaftungsprozess anhand guter Aufzeichnungen beschleunigt werden kann.¹²⁵

In der präklinischen Notfallmedizin arbeiten Notarzt und Sanitäter Seite an Seite und es werden sowohl gemeinsame als auch individuelle Aufzeichnungen von jeder Berufsgruppe erstellt. Bei möglichen nachfolgenden Prozessen, in welchen sich Fragen zum Ablauf eines Einsatzes etc ergeben, können mehrere (nicht) deckungsgleiche Dokumentationen aus verschiedenen Blickwinkeln herangezogen werden. Die Situation kann damit unter Umständen besser rekonstruiert werden.

Die Dokumentation kann neben einem Arzthaftungsprozess auch in zivilrechtlichen oder strafrechtlichen Prozessen, den Patienten betreffend, von Bedeutung sein. Beispielsweise bei Va einen der in § 54 Abs 4 ÄrzteG gelisteten Fällen sollte neben der Erfüllung der Anzeigepflicht auch die Dokumentationspflicht durch eine ausführliche Verletzungsdokumentation erweitert werden. Auch dazu gibt es Vorlagen von Untersuchungsbögen. Eine ausführliche und genaue Dokumentation kann hierbei für den Patienten von Bedeutung sein.

¹²³ Bayer (Fn 22) Kap E 42.

¹²⁴ Bayer (Fn 22) Kap E 60.

¹²⁵ Bayer (Fn 22) Kap E 45.

5.3 Anforderungen hinsichtlich Patientenautonomie – Rechenschaftslegung

Das Führen einer Dokumentation stellt die Grundlage dafür dar, dass dem Patienten über seine gesundheitlichen Belange Rechenschaft abgelegt werden kann.¹²⁶ Eine Pflicht der Ärzte zur Auskunftserteilung auf Nachfrage des Patienten wäre ohne vorherige Dokumentation der Krankengeschichte nicht zielführend.¹²⁷

5.4 Administrative Anforderungen – Leistungsrechtliche und qualitätssichernde Funktion

Nach dem Gesundheitsqualitätsgesetz wird der Dokumentation im Hinblick auf die „Transparenz“ eine große Rolle eingeräumt. Es soll anhand der Dokumentation eine Nachvollziehbarkeit und Analyse der erbrachten Leistungen und Ergebnisse sowie deren Überprüfung möglich sein. Zudem bildet sie die Basis für kontinuierliche und systematische Vergleiche zur Qualitätsverbesserung.¹²⁸

Es sollte überprüfbar sein, ob bestimmte Behandlungsmaßnahmen notwendig waren und dem Wirtschaftlichkeitsgebot entsprechen.¹²⁹ Zudem müssen Aufzeichnungen zum Zweck der Abrechnung geführt werden und den Krankenversicherungsträgern, sonstigen Kostenträgern oder dem Patienten selbst überlassen werden.¹³⁰

Obwohl sich die Dokumentationssysteme in der Notfallmedizin in den unterschiedlichen Bundesländern Österreichs unterscheiden, gibt es überall spezielle Dokumente, welchen auch im Zusammenhang mit der Qualitätssicherung und einer gut durchführbaren Abrechenbarkeit der ärztlichen Leistungen eine Rolle zukommt.

Auch das Einbeziehen von Einsatzdaten in Benchmarking-Register wie zB das Trauma-Register oder das Reanimationsregister dient der Qualitätsverbesserung und Optimierung von Vorgängen, indem diese Daten retrospektiv ausgewertet werden können.

¹²⁶ Bayer (Fn 22) Kap E 39.

¹²⁷ § 51 Abs 1 ÄrzteG.

¹²⁸ § 2 Z 5 GQG.

¹²⁹ § 133 Abs 2 ASVG.

¹³⁰ § 54 Abs 3 ÄrzteG.

Gerade zu diesem Zwecke erscheint die elektronische Form der Dokumentation vorteilhafter, da es die gewünschten Auswertungen erleichtert.¹³¹

5.5 Wissenschaftliche Anforderungen an die ärztliche Dokumentation

Neben der Qualitätssicherung dienen die im Dokumentationsprozess erhobenen und abgespeicherten Daten auch als Grundlage, um retrospektive Fragestellungen im Rahmen von Studien auszuwerten und damit ua Abläufe der Patientenversorgung verbessern zu können.

¹³¹ *Halmich*, *Recht für Sanitäter und Notärzte*² (2016) 79.

6 Aufbewahrung der Dokumentation

Nicht alle behandlungsvertraglichen Nebenpflichten erlöschen mit der Beendigung des Behandlungsvertrags, einige wirken ihrem Zweck entsprechend auch nach. Dazu zählt neben der Verschwiegenheitspflicht unter anderem auch die Dokumentationspflicht. Es besteht auch nach der Beendigung des Behandlungsvertrags mit dem Patienten unter Umständen ein berechtigtes Interesse, Einsicht zu nehmen oder die Herausgabe einer Kopie der Krankengeschichte einzufordern. Die Verpflichtung zur Aufbewahrung der Dokumentation auch nach Beendigung des Behandlungsvertrags für mindestens zehn Jahre ergibt sich aus § 51 Abs 3 ÄrzteG.¹³²

Eine Aufbewahrung über den Mindestzeitraum hinaus kann bei einer absoluten Verjährungsfrist für Schadenersatzansprüche von dreißig Jahren nach § 1489 ABGB und ggf auch aus medizinischen Gründen über die Dauer von dreißig Jahren sinnvoll sein.

Die Aufbewahrung der Dokumentation muss unter Einhaltung datenschutzrechtlicher Vorgaben erfolgen. Eine genaue Form (analog, digital etc) wird dabei nicht vorgegeben, es muss jedoch die Lesbarkeit für mindestens die Aufbewahrungsdauer gewährleistet sein.¹³³

Es liegt kein Verstoß gegen die im ÄrzteG verankerte ärztliche Berufspflicht vor, wenn die Dokumentation nach dem Ablauf der zehn Jahre (in Krankenanstalten dreißig Jahre) vernichtet wird. Bei Einbringen einer Klage des Patienten nach dieser Zeit kann die fehlende Dokumentation somit auch nicht mehr zu einer Beweislastumkehr führen.¹³⁴

¹³² *Pletzer*, Vor- und nachvertragliche Pflichten beim Behandlungsvertrag, RdM 2014/151, 240.

¹³³ *Kletečka-Pulker* in Handbuch Medizinrecht Kap I.5.14.1.

¹³⁴ *Wallner* in Resch/Wallner, Medizinrecht³ (2020) Kap XXI Rn 319.

7 Einsichtsrecht des Patienten in die Dokumentation

Im Gegensatz zu ambulanten Vorstellungen oder stationären Aufenthalten im Krankenhaus erhält der Patient am Ende einer notärztlichen Versorgung standardmäßig keinen Arztbrief. Das entsprechende Protokoll wird den Nachbehandlern ausgehändigt und im Notarztstützpunkt digital im Dokumentationssystem abgelegt.

Der Patient und auch sein rechtlicher Vertreter sind nach § 51 Abs 1 ÄrzteG berechtigt, Einsicht in die ärztliche Dokumentation zu nehmen. Weiters haben auch andere Institutionen wie Gerichte, Sozialversicherungsträger etc ein Einsichtsrecht. Die Originale der Dokumentationsunterlagen können vom Patienten nicht mitgenommen, sondern lediglich Abschriften davon eingefordert werden.¹³⁵

Es bedarf keinerlei Begründung dafür, dass ein Patient Einsicht in die Dokumentation nehmen oder eine Abschrift davon haben möchte. Das Recht zur Einsichtnahme ist jedoch auf die Dauer der Aufbewahrung beschränkt. Im Falle einer tatsächlich längeren Aufbewahrung als der zehn Jahre Mindestdauer besteht das Einsichtsrecht auch über diesen Mindestzeitraum hinaus weiter.¹³⁶

Die höchstpersönlichen Aufzeichnungen des Arztes, beispielsweise in Form von Gedächtnisprotokollen oder subjektiven Reflexionen über den Behandlungs-/Therapieverlauf, bleiben vom Einsichtsrecht des Patienten unberührt.¹³⁷ Nach Stellamor/Steiner könnte eine Mitteilungspflicht hinsichtlich des Inhalts der Aufzeichnungen zu bejahen sein, wie bereits im Kapitel Gedächtnisprotokolle beschrieben.¹³⁸

¹³⁵ Wallner in Resch/Wallner, Medizinrecht³ (2020), Kap XXI Rn 326.

¹³⁶ Wallner in Resch/Wallner, Medizinrecht³ (2020), Kap XXI Rn 334.

¹³⁷ Kletečka-Pulker in Handbuch Medizinrecht Kap I.5.9.1.

¹³⁸ Stellamor/Steiner, Handbuch I, 160.

8 Rechtsfolgen einer Verletzung der Dokumentationspflicht

Eine ausführliche Dokumentation sollte neben dem Patienteninteresse auch im Interesse des behandelnden Arztes liegen.

Nach § 136 Abs 1 Z 2 ÄrzteG macht sich ein Arzt eines Disziplinarvergehens schuldig, wenn er die Berufspflichten, zu welchen auch die Dokumentationspflicht zählt, nicht einhält. Zudem besteht nach § 199 Abs 3 ÄrzteG eine zu bestrafende Verwaltungsübertretung (Geldstrafe bis zu 2.180 Euro). Auch bei den Sanitätern ist das Unterlassen oder Verletzen der Dokumentations- und Aufbewahrungspflicht gemäß § 53 Abs 1 Z 3 SanG verwaltungsbehördlich mit einer Geldstrafe von bis zu 3.600 Euro strafbar.

Die eigentliche Hauptleistung in der Patientenbehandlung liegt in der Therapie, Prävention oder Wunschbehandlung, welche auch ohne Dokumentation stattfinden und vom Arzt erbracht werden kann. Einen Arzthaftungsprozess allein auf der Grundlage einer unzureichenden oder fehlenden Dokumentation zu führen, erscheint nicht sinnvoll. Auch die Feststellung und Darlegung eines sich hieraus ergebenden Schadens erscheint schwierig.¹³⁹ Eine unzureichende Dokumentation führt somit per se nicht zu einer Haftung.

Nach der ständigen Rechtsprechung und der hM kommt es im Falle einer Verletzung der Dokumentationspflicht jedoch zu einer Beweislastumkehr. Wenn auch nur ein Bestandteil der Krankengeschichte nicht für mindestens 10 Jahre aufbewahrt wird, liegt laut OGH eine Verletzung der Dokumentationspflicht vor, was beweisrechtliche Konsequenzen hat.¹⁴⁰

Die Verletzung der Dokumentationspflicht durch den Arzt hat im Prozess nämlich zur Konsequenz, dass dem Patienten zum Ausgleich für den durch die Verletzung eingetretenen schwierigeren Nachweis eines ärztlichen Behandlungsfehlers eine Beweiserleichterung zugestanden wird. Die Erleichterung ist dabei der Schwere der Dokumentationspflichtverletzung entsprechend und zielt darauf ab, eine gerechte Rollenverteilung im Arzt-Patienten-Verhältnis im Rahmen des Prozesses zu schaffen.

¹³⁹ *Rehborn/Kern* in *Laufs/Kern/Rehborn*, Handbuch⁵ § 61 Rn 6.

¹⁴⁰ OGH 07.11.1995, 4 Ob 554/95 = RdM 1996/7 = SZ 68/207.

Die Beweiserleichterung greift dabei insoweit, als sie die Vermutung begründet, dass eine nicht dokumentierte Maßnahme vom Arzt auch nicht durchgeführt wurde.¹⁴¹ Die Beweiserleichterung bei fehlender Dokumentation begründet jedoch nicht die Vermutung von objektiven Sorgfaltsverstößen.¹⁴²

Bei Unterlassung einer Dokumentation durch den Arzt kann die Frage nach der Verteilung der Beweislast „erst bedeutsam werden, wenn die für den Verfahrensausgang als wesentlich erachteten Tatsachen nicht festgestellt werden können.“¹⁴³ Wenn der Sachverhalt im Prozess rechtlich hinreichend beurteilt und aufgeklärt werden kann, hat die Dokumentationspflichtverletzung im Schadenersatzprozess keine Bedeutung.¹⁴⁴

Vom OGH wurde verneint, dass der Nachweis jeder nicht dokumentierten Maßnahme ausschließlich durch eine „objektive Beweisführung“ zu erbringen ist. Vielmehr ist auch die Vernehmung des Arztes als Beweismittel möglich.¹⁴⁵

Im Falle, dass einem Patienten die Einsicht in die Dokumentation verweigert wird, kann diese vor Gericht eingeklagt werden. Die Herausgabe kann jedoch nicht durch verwaltungsbehördliche Befehls- und Zwangsgewalt erzwungen werden. Kommt der Beklagte der Aufforderung nicht nach, die Unterlagen vorzulegen, so unterliegt diese Handlung im Prozess der freien Beweiswürdigung.¹⁴⁶

Die ärztliche Dokumentation wird in einem Arzthaftungsprozess als Beweismittel in Form einer gemeinsamen Urkunde gesehen, welche nach § 304 ZPO der Vorlagepflicht unterliegt.¹⁴⁷ Die Beurteilung der Richtigkeit der vorgelegten Dokumentation unterliegt dabei der richterlichen Beweiswürdigung.¹⁴⁸

Umgekehrt wird einer ausführlichen Dokumentation ein hoher Beweiswert im Rahmen eines Prozesses zugeschrieben werden.

¹⁴¹ OGH 28.08.1997 3 Ob 2121/96z.

¹⁴² OGH 01.12.1998, 7 Ob 337/98d.

¹⁴³ OGH 06.04.2006 6 Ob 37/06v.

¹⁴⁴ *Wallner* in Resch/Wallner, *Medizinrecht*³ (2020), Kap XXI Rn 323.

¹⁴⁵ OGH 24.01.2018 3 Ob 154/17v.

¹⁴⁶ *Kletečka-Pulker* in Handbuch *Medizinrecht* Kap I.5.9.1; vgl UVS Wien 10.9.1996, 02/14/99/96 = RdM 1997/8.

¹⁴⁷ *Neumayr* in Resch/Wallner, *Medizinrecht*³ (2020), Kap IX Rn 33.

¹⁴⁸ *Neumayr* in Resch/Wallner, *Medizinrecht*³ (2020), Kap IX Rn 32.

9 Umfrage zur Dokumentationspflicht von Notärzten

Um einen Praxisbezug zum Thema dieser Masterarbeit herzustellen, wurde die Umfrage „Dokumentationspflicht in der präklinischen Notfallmedizin – Ihre Erfahrungen und Ihre kollegiale Meinung ist gefragt!“ mit Notärzten in Tirol durchgeführt.

9.1 Ziel der Umfrage

Ziel dieser Umfrage war zu erfassen, wie die Dokumentation im Bereich der präklinischen Notfallmedizin hinsichtlich der Form, des Inhalts und des Zeitpunkts im Praxisalltag von Notärzten in Tirol erfolgt, und dies mit den rechtlichen Grundlagen der Dokumentationspflicht zu vergleichen.

9.2 Zielgruppe der Umfrage

Eingeladen zur Teilnahme an dieser offenen, webbasierten Umfrage zur Dokumentationspflicht in der Notfallmedizin waren Notärzte, welche

- zum Zeitpunkt der Umfrage präklinisch an einem NEF-Stützpunkt in Tirol tätig waren (unabhängig von der Form ihres Anstellungsverhältnisses).
- zum Zeitpunkt der Umfrage nicht mehr als Notarzt in Tirol arbeiteten, aber bis vor zwei Jahren präklinisch an einem NEF-Stützpunkt in Tirol tätig waren (bereits im Ruhestand, derzeit in Karenz oder ohne derzeitiges Anstellungsverhältnis im notfallmedizinischen Bereich).

9.3 Methodisches Vorgehen

9.3.1 Entwicklung und Gestaltung der Umfrage

Nach eingehender Literaturrecherche zur Dokumentationspflicht in der Notfallmedizin wurden basierend auf den Rechercheergebnissen die Fragestellungen für diese Umfrage formuliert. In der Literatur beschriebene Hinweise¹⁴⁹ wurden bei der Fragen-

¹⁴⁹ Ary *et al*, Survey research in Introduction to Research in Education² (2010) 371-418; Denscombe, The Good Research Guide - for small-scale social⁴ (2010) 155-171; Moosbrugger/Kelava, Testtheorie und Fragebogenkonstruktion³ (2020).

konstruktion beachtet: Es wurde auf eine ausgewogene Vielfalt von Frageformulierungen (konkrete und abstrakte Fragen, personalisierte wie auch depersonalisierte Fragen) und Frageformaten (offene und geschlossene Fragen; Mehrfachantworten möglich oder nicht) geachtet. Primär wurden geschlossene Fragen für diese Umfrage formuliert; offene Fragen wurden nur dann gestellt, wenn die subjektiven Erfahrungen oder Meinungen der Teilnehmer erfasst werden sollten. Bei den geschlossenen Fragen wurden Mittelantwortkategorien aufgrund der Tendenz zur Mitte bewusst vermieden. Bezogen auf die unterschiedlichen praktischen Erfahrungen von Notärzten in Tirol wurden zudem Filterfragen gestellt, die zur nächsten geeigneten Frage weiterleiteten. Fragen zur Erhebung von demografischen Daten der Teilnehmer waren entsprechend Literaturempfehlungen am Ende der Umfrage gereiht.

Zudem wurde ein Rahmentext für diese Umfrage verfasst, welcher detaillierte Hintergrundinformationen (ua Zweck und Ziel der Umfrage, Dauer der Teilnahme an der Umfrage, Datenschutz) sowie die Einverständniserklärung zur Teilnahme an dieser Umfrage beinhaltete.

Die Umfrage wurde des Weiteren einem technischen Pretest unterzogen und mit einem Notarzt pilotiert, mit dem Ziel, Rückmeldungen aus der Zielgruppe bezüglich technischer Umsetzbarkeit und hinsichtlich des Inhalts, Ablaufs, Designs des Fragebogens und der Fragenverständlichkeit zu erhalten. Die Anregungen und Kommentare wurden vor der Aussendung entsprechend eingearbeitet.

Kurzbeschreibung des Instruments zur Datenerhebung

Beim Instrument zur Datenerhebung handelte es sich um einen webbasierten, offenen Fragebogen, welcher mittels des Umfragetools SoSci Survey entwickelt wurde. Der Fragebogen umfasste 22 Seiten und beinhaltete neben den detaillierten Informationen zu dieser Umfrage insgesamt 22 Fragen rund um das Thema Dokumentationspflicht in der präklinischen Notfallmedizin in Tirol. Das Instrument zur Datenerhebung kann in Kapitel 12 eingesehen werden.

9.3.2 Datenerhebung

Die webbasierte, offene Umfrage zur Dokumentationspflicht in der Notfallmedizin war von 14. Jänner 2024 bis 15. Februar 2024 zur Teilnahme für die in Kapitel 9.2 beschriebene Zielgruppe geöffnet. Die Teilnahme an dieser Umfrage erfolgte freiwillig und anonymisiert.

Zur Gewinnung von Teilnehmern und um eine möglichst hohe Teilnahmequote zu erreichen, wurde die Einladung zur Umfrage per Mail an in Tirol tätige Notärzte über den Verteiler des Ärztlichen Leiters Rettungsdienst Tirol und somit über die jeweiligen Stützpunktleiter versendet. Zudem wurde die Einladung mit QR-Code zur Umfrage an 5 der 14 Stützpunkte in Tirol nahe den jeweiligen zur Dokumentation benutzten Computern aufgehängt. 11 Tage vor Ende des Erhebungszeitraums wurde eine Erinnerungsmail mit Dank an alle, die bereits an der Umfrage teilgenommen haben, sowie erneuter Einladung zur Teilnahme, wenn noch nicht erfolgt, versandt.

9.3.3 Datenaufbereitung und Datenauswertung

Die durch die Umfrage erhobenen Daten wurden im Anschluss an die Datenerhebung aufbereitet und ausgewertet. Die Auswertung der quantitativen Datensätze erfolgte mithilfe des Statistikprogramms *jamovi*; qualitative Datensätze wurde inhaltsanalytisch ausgewertet.

9.4 Ergebnisse der Umfrage

9.4.1 Teilnehmer dieser Umfrage

An der Umfrage zur Dokumentationspflicht in der präklinischen Notfallmedizin nahmen 98 in Tirol aktiv tätige bzw bis vor 2 Jahren tätige Notärzte teil. Wie in Tabelle 1 ersichtlich, wurde von zwei Teilnehmern kein Einverständnis zur Teilnahme an dieser Umfrage gegeben. Die Fragen dieser Umfrage wurden folglich von 96 Notärzten vollständig beantwortet.

Im Jahr 2022 waren laut Land Tirol an den 14 NEF-Stützpunkten insgesamt 292 Notärzte in Tirol tätig.¹⁵⁰ Bei Annahme einer gleichbleibenden Zahl an Notärzten in Tirol seit 2022 nahmen an dieser Umfrage ca. 33% der Tiroler Notärzte teil.

Tabelle 1: Teilnehmer der Umfrage zur Dokumentationspflicht in der Notfallmedizin in Tirol

	Abgeschlossene Datensätze	Häufigkeit (n)	Prozent (%)
Gültig	Einverständniserklärung erteilt.	96	98
Fehlend	Einverständniserklärung nicht erteilt.	2	2
Gesamt		98	100

Die Charakteristika der 96 Teilnehmer im Hinblick auf die Dauer der Tätigkeit in der präklinischen Notfallmedizin sowie Tätigkeit an (unterschiedlichen) Notarzt-Stützpunkten in Tirol werden in den Tabellen 2 – 4 dargestellt.

Tabelle 2: Tätigkeitsdauer der Teilnehmer in der präklinischen Notfallmedizin

Dauer der Tätigkeit	Häufigkeit (n)	Prozent (%)
< 1 Jahr	7	7,3
1-5 Jahre	23	24
6-10 Jahre	17	17,7
> 10 Jahre	49	51
Keine Angabe.	-	-
Gesamt	96	100

Tabelle 2 zeigt, dass mehr als die Hälfte (51,0%) der Teilnehmer bereits >10 Jahre in der präklinischen Notfallmedizin tätig sind. Lediglich 7,3% der Notärzte haben noch weniger als 1 Jahr Berufserfahrung.

¹⁵⁰ ÄLRD, Rettungsdienststrukturen im Bundesland Tirol <<https://aelrd-tirol.at/notarztversorgung>> 06.03.2024.

Tabelle 3: Tätigkeit der Teilnehmer an Stützpunkten

Anzahl Notarztstützpunkt	Häufigkeit (n)	Prozent (%)
Tätig an 1 Stützpunkt	51	53,1
Tätig an 2 Stützpunkten	26	27,1
Tätig an 3 Stützpunkten	13	13,5
Tätig an 4 Stützpunkten	3	3,1
Tätig an 5 Stützpunkten	2	2,1
Tätig an 6 Stützpunkten	1	1
Gesamt	96	100

53,1% der Teilnehmer sind zum Zeitpunkt der Umfrage ausschließlich an einem der 14 Notarztstützpunkte tätig. Die Tätigkeit an ≤ 2 Stützpunkten wurde von 80,2% der Teilnehmer angegeben. Ein Teilnehmer gab an, an 6 der 14 Stützpunkte tätig zu sein.

Dies deckt sich in etwa mit den Zahlen, welche 2022 vom ÄLRD veröffentlicht wurden. Hier waren von den 292 aktiven Notärzten 51 an zwei, 4 an drei sowie eine Person an vier Stützpunkten tätig. Die Stützpunkte Kufstein/Kramsach wurden dabei genauso wie Innsbruck/Telfs und Schönberg/Imst/Hall allerdings als jeweils ein gemeinsamer Bereich gezählt.¹⁵¹

¹⁵¹ ÄLRD, Rettungsdienststrukturen im Bundesland Tirol <<https://aelrd-tirol.at/notarztversorgung>> 06.03.2024.

Tabelle 4: Verteilung der Teilnehmer bezüglich Notarztstützpunkten

Notarztstützpunkt	Häufigkeit (n=96)	Prozent (%)	Prozent der Fälle (%)
Landeck	2	1,2	2,1
Reutte	5	2,9	5,2
Imst	15	8,8	15,6
Telfs	21	12,4	21,9
Innsbruck	14	8,2	14,6
Schönberg	15	8,8	15,6
Hall in Tirol	24	14,1	25
Schwaz	11	6,5	11,5
Mayrhofen	11	6,5	11,5
Kramsach	17	10	17,7
Kufstein	16	9,4	16,7
St. Johann	6	3,5	6,3
Matrei in Osttirol	2	1,2	2,1
Lienz	3	1,8	3,1
Keine Angabe	8	4,7	8,3
Gesamt	170	100	177,2

Wie in Tabelle 4 ersichtlich wird, nahmen mindestens zwei Notärzte oder mehr von jedem der 14 Stützpunkte Tirols an dieser Umfrage teil. Die höchsten Teilnahmezahlen wurden dabei bei den Stützpunkten Hall in Tirol und Telfs erreicht.

9.4.2 Allgemeines zur Dokumentation in der präklinischen Notfallmedizin in Tirol

Die Dokumentationspflicht in der präklinischen Notfallmedizin wird von 72,9% der 96 Befragten immer als wichtiger Bestandteil in der Patientenversorgung wahrgenommen. Abbildung 8 zeigt, dass 93,7% die Dokumentationspflicht immer oder oft als wichtig einordnen. Lediglich 1% (n=1) empfindet die Dokumentationspflicht in diesem Kontext als nie wichtig.

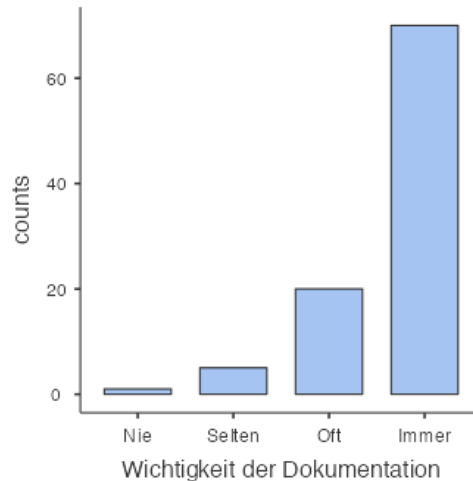


Abbildung 8: Die Dokumentationspflicht als wichtiger Bestandteil der Patientenversorgung (n=96)

Laut Umfrageergebnissen wird die Dokumentationspflicht in der präklinischen Notfallmedizin von 5,2% der Befragten immer als Belastung wahrgenommen; dies wird in Abbildung 9 ersichtlich. 50% der Teilnehmer gaben an, die Dokumentation oft als belastend zu empfinden. Nur 7,3% der Befragten gaben an, dass sie diese nie als Belastung erleben.

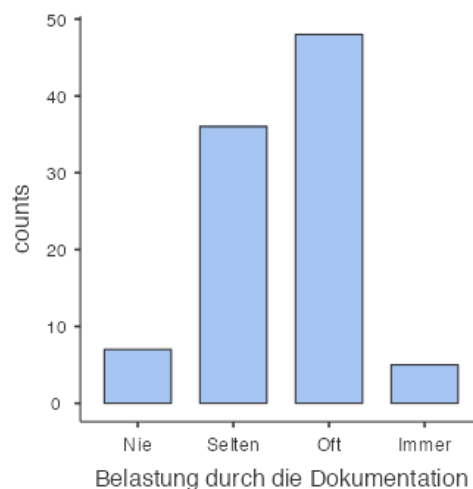


Abbildung 9: Die Dokumentationspflicht als Belastung in der präklinischen Notfallmedizin (n=96)

Jene 53 Befragten (entspricht 55,2% aller Umfrage-Teilnehmer), welche die vorherige Frage mit *immer* und *oft* beantworteten, wurden zudem gefragt, aus welchen Gründen sie die Dokumentation in der Notfallmedizin als Belastung wahrnehmen. Die in Tabelle 5 aufgeführten Gründe wurden dabei angegeben.

Tabelle 5: Die Dokumentationspflicht in der präklinischen Notfallmedizin als Belastung (n=53)

Dokumentationspflicht als Belastung aufgrund...	Häufigkeit (n=53)	Prozent (%)	Prozent der Fälle (%)
der Dauer der Dokumentation	36	28,8	67,9
der vielen Daten, welche im Formular einzutragen sind	29	23,2	54,7
der steigenden Einsatzzahlen und somit vielen Dokus	19	15,2	35,8
der unübersichtlichen digitalen Eingabeoberflächen	28	22,4	52,8
Sonstiges	13	10,4	24,5
Gesamt	125	100	235,7

Als sonstige Gründe für eine Belastung durch die zu führende Dokumentation in der präklinischen Notfallmedizin wurden von den 24,5% (n=13) der Befragten, welche diese Antwortkategorien auswählten, Folgende beschrieben:

Durch das digitale System ohne Freitextmöglichkeit müssten Diagnosen und andere Eingaben ausgewählt werden, welche nicht oder nur teilweise zutreffen. (n=4)
Nicht intuitives, benutzerunfreundliches Dokumentationssystem (n=3) <ul style="list-style-type: none"> ○ komplizierte Eingabe von Verrechnungsdaten ○ keine Erleichterungen wie zB vorbereitetes A-B-C-D-E ○ genaue EKG Befundung nur im Freitext möglich (die Diagnose STEMI kann ohne entsprechendes EKG dokumentiert werden)
Redundante Eingaben (n=2) <ul style="list-style-type: none"> ○ Diagnosen und andere Daten sind oft mehrfach einzugeben
Doppelte Dokumentation (n=1) <ul style="list-style-type: none"> ○ schnell handschriftlich und später digital
Die vorgegebenen Eingabemöglichkeiten (n=1)
Die benutzerunfreundliche EDV (n=1)
Fokus der digitalen Dokumentation auf unwichtigen Dingen (n=1)
Stress aufgrund der Dokumentation bei der Übergabe (n=1) <ul style="list-style-type: none"> ○ Die Patientenversorgung sollte im Vordergrund stehen, die Dokumentation bei der Patientenübergabe jedoch auch bereits erfolgt sein.
Eine aussagekräftige Dokumentation benötige so viel Zeit, dass die Patientenversorgung darunter leide. (n=1)

Bezüglich der subjektiven Einschätzung einer Zunahme des Dokumentationsaufwandes in der Notfallmedizin in den vergangenen 5 Jahren gaben 47,9% an, dass sie eine Zunahme verspüren würden; 37,5% der Teilnehmer verneinten dies. Wie in Abbildung 10 ersichtlich wird, machten 14,6% dazu keine Angabe.

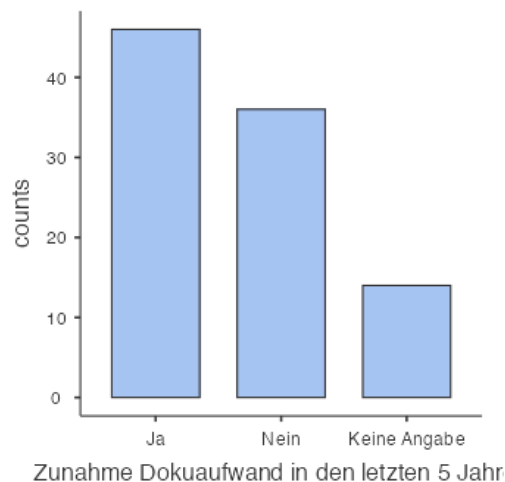


Abbildung 10: Subjektive Zunahme des Dokumentationsaufwands in der Notfallmedizin in den letzten 5 Jahren (n=96)

Die 46 Teilnehmer, welche eine Zunahme des Dokumentationsaufwands bejahten, wurden nach möglichen Gründen dafür befragt. Subjektiv empfundene Gründe, die von diesen 46 Teilnehmern beschrieben wurden, werden in Tabelle 6 dargestellt.

Tabelle 6: Gründe für eine Zunahme des Dokumentationsaufwandes in der Notfallmedizin

Zunahme des Dokumentationsaufwands wegen...	Häufigkeit (n=46)	Prozent (%)	Prozent der Fälle (%)
Zunahme der zu dokumentierenden Einsätze	29	36,2	63
Änderungen der Vorgaben durch Dienstanweisung	13	16,3	28,3
Zunehmender Digitalisierung	29	36,2	63
Sonstigem	9	11,3	19,6
Gesamt	80	100	173,9

Neben der *Zunahme an Einsätzen* (durch 63% der Befragten bejaht), der *zunehmenden Digitalisierung* (63%) und *Änderungen der Dienstanweisungen* (28,3%) wurden von den teilnehmenden Notärzten auch

- die fehlerhaften/lückenhaften Auswahlfehler und fehlenden Weiterentwicklungen bezüglich der Digitalisierung/digitalen Oberfläche (n=3)
- ein zunehmender Bedarf, sich rechtlich abzusichern (n=2)
- die Teilnahme am Reanimationsregister (n=1)
- die Zunahme an zu erfassenden Parametern (ausführlichere Anamnese/Schemata/A-B-C-D-E ect) (n=1)
- genauere/ausführlichere persönliche Dokumentation nach Fortbildungen/Audits, welche Unzulänglichkeiten der bisherigen Dokumentation offengelegt hatten (n=1)

als Gründe genannt.

Eine Bereitschaft zum Zwecke der Qualitätssicherung noch mehr notfallmedizinische Daten zu dokumentieren, wurde von 31,3% der Teilnehmer bejaht, von 56,3% verneint, von 1% nicht beantwortet. 11,5% der Befragten machten dazu keine Angabe (siehe Abbildung 11).

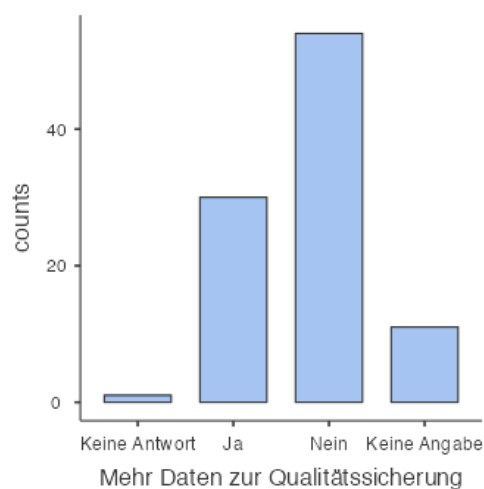


Abbildung 11: Bereitschaft zum Zwecke der Qualitätssicherung mehr Daten zu dokumentieren (n=96)

Entsprechend den in Abbildung 12 dargestellten Umfrageergebnissen gaben 28,1% der befragten Notärzte an, dass Patienten bereits Einsicht in die notfallmedizinische Dokumentation nehmen wollten. Etwa ein Drittel (31,3%) meinte, nicht zu wissen, ob dieser Fall bisher eingetreten sei. 40,6% verneinten eine erfolgte Einsichtnahme seitens eines Patienten.

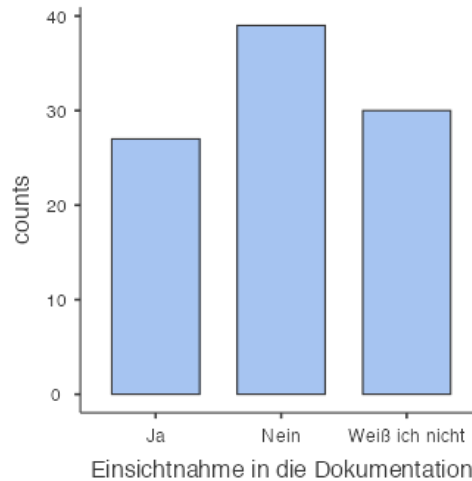


Abbildung 12: Einsichtnahme in die Dokumentation durch den Patienten oder dessen rechtlichen Vertreter (n=96)

9.4.3 Dokumentationsformen in der präklinischen Notfallmedizin in Tirol

Im Rahmen dieser Umfrage wurde erfasst, welche Dokumentationsformen in der präklinischen Notfallmedizin in Tirol verwendet werden. Die Ergebnisse dieser Umfrage dazu werden in Abbildung 13 dargestellt und zeigen, dass die rein digitale Dokumentation, welche in anderen Bundesländern teilweise bereits praktiziert wird, in Tirol noch im Hintergrund steht.

Wird die digitale Dokumentation von 65,6% der Teilnehmer immer gemacht, so ist dies beim handschriftlichen Protokoll in 30,2% der Fall. Von den im Rahmen der Umfrage befragten Notärzten gaben 29,2% an, selten, und 19,8%, nie ein handschriftliches Protokoll zu verwenden. Die digitale Dokumentation, welche an mehreren Stützpunkten eine Pflicht darstellt, wird von 7,3% selten gemacht; 4,2% (n=4) gaben an, diese nie auszufüllen.

Immer sowohl die handschriftliche als auch die digitale Dokumentation zu machen, gaben 21,9% der Befragten an. Niemand gab an „nie“, also weder handschriftlich noch digital, zu dokumentieren.

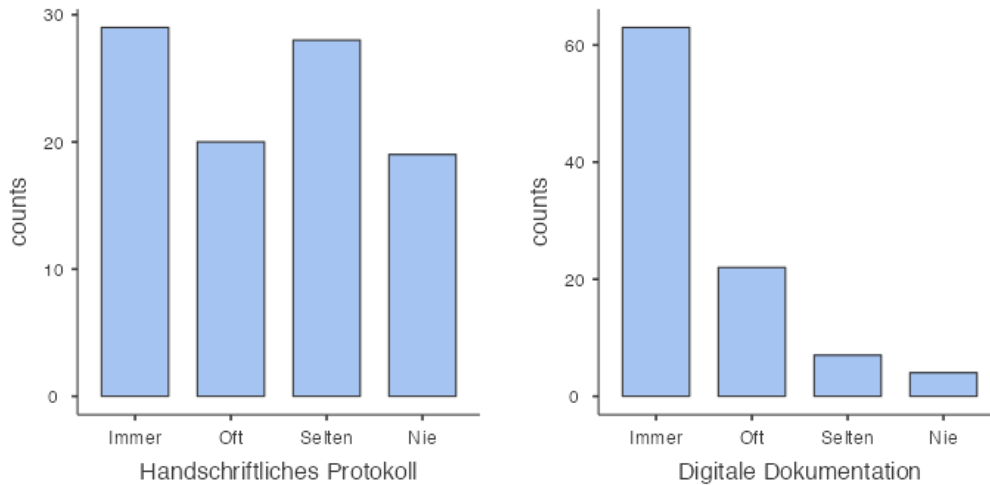


Abbildung 13: Verwendung handschriftliches Protokoll vs digitale Dokumentation (n=96)

Wenn man die Dokumentationsform in Abhängigkeit von der Tätigkeitsdauer der Notärzte betrachtet, wird ersichtlich, dass, je länger die Ärzte in der präklinischen Notfallmedizin tätig sind, das handschriftliche Protokoll umso öfter von ihnen verwendet wird (siehe Abbildung 14).

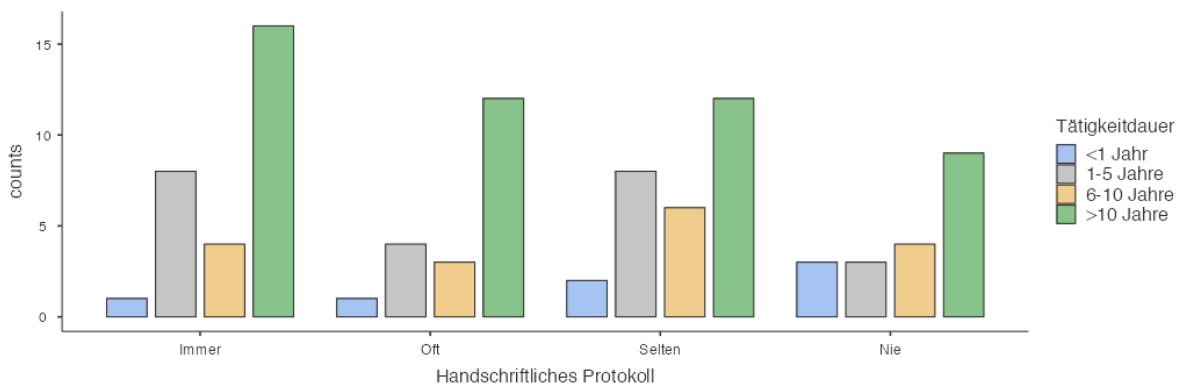


Abbildung 14: Verwendung des handschriftlichen Protokolls in Abhängigkeit von der Notarzt-Tätigkeitsdauer

Im Hinblick auf die digitale Dokumentationsform wurde, wie in Tabelle 7 abgebildet, im Rahmen dieser Umfrage erfragt, ob der Erfahrung der Notärzte nach in der digitalen Dokumentation (zB mittels Medicalpad) alle wichtigen Daten für eine notfallmedizinisch ausreichende Dokumentation erfasst werden. Diese Frage wurde von 54,2% der Teilnehmer mit Ja beantwortet. 13,5% der Teilnehmer waren der Ansicht, dass zu viele Informationen erfasst werden und 31,3% der Meinung, dass wichtige Informationen nicht erfasst werden. Eine Person beantwortete die Frage nicht.

Tabelle 7: Erfassung medizinischer Daten in der digitalen Dokumentation

Wichtige med. Daten in der digitalen Dokumentation	Häufigkeit (n)	Prozent (%)
Ja, es werden alle wichtigen Informationen erfasst.	52	54,2
Nein, es werden zu viele Informationen erfasst.	13	13,5
Nein, es werden wichtige Informationen nicht erfasst.	30	31,3
Keine Angabe.	1	1
Gesamt	96	100

Bei Angabe von „Nein, es werden zu viele Informationen erfasst“ bzw. „Nein, es werden wichtige Informationen nicht erfasst“ wurde in Form von einer offenen Frage nachgefragt, welcher der Informationen es bei der digitalen Dokumentation für die Notfallmedizinische Versorgung nicht bedarf bzw welche für eine medizinisch sachgerechte Dokumentation fehlen würden.

Informationen, deren es nicht bedarf (n=9 von 13):

Abfahrtsort, Einsatzort (n=2), Art des Einsatzortes (n=2), Einsatzkategorie, Verrechnungsarten, Rückmeldung Alarmierung (n=2), Patientenlagerung und -transport, Reanimationsregisterdaten
Doppelte Einsatzdokumentation durch RTW und NEF
Mehrfache Eingabe von Übergabe an RTW oder der Verdachtsdiagnose
Durch ein Standardprotokoll keine gezielte Dokumentation mit Individualisierung von Eingabe(pflicht)feldern für einzelne Patienten möglich und somit teilweise Abfrage von zu vielen Daten (n=3)
Eingabe von Uhrzeiten, Ort, Person,... für das Einbringen eines Zugangs oder weiterer Interventionen (n=3) und damit verbundene Unübersichtlichkeit

Informationen, welche für eine medizinisch sachgerechte Dokumentation fehlen würden (n=29 von 30):

Fehlerhafte und lückenhafte Auswahlfelder führen zu Dokumentationsmängeln (n=4) <ul style="list-style-type: none"> ○ Pflichtfelder für Dinge, die im Alltag nicht immer erfasst werden (n=1)
Verlaufsbeschreibung (n=2) <ul style="list-style-type: none"> ○ Vitalparameterverlauf (n=3)
Fehlende/zu wenig Möglichkeiten für

<ul style="list-style-type: none"> ○ Freitext (nur vorausgewählte Felder; wenn im Freitext = an falscher Stelle dokumentiert) (n=3) ○ Mehrfachantworten (n=5) ○ Individuelle fallspezifische Eingaben (n=1) ○ Anmerkungen (n=1)
<p>Limitierte Auswahl an Diagnosen bzw wichtige Diagnosen fehlen (zB Unspezifischer Brustschmerz), daher uU nicht korrekte ausgewählt (n=9)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Hauptdiagnose kann nur als Nebendiagnose eingegeben werden (n=1) ○ allgemeine Diagnose wie auch Rückmeldediagnose mit Verfälschung der retrospektiven Auswertung (n=1)
Palliatives Setting (n=1)
<p>EKG</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Strukturierter EKG Befund (n=6) ○ Einlesen der EKGs ins Dokumentationssystem (n=1) ○ Datenübertragungsmöglichkeit an die CCU (n=1)
Technische Möglichkeit der Datenübertragung (von Vitalparametern) vom CorPuls wäre grundsätzlich möglich, funktioniert aber nicht (n=2)
A-B-C-D-E (n=1)
„Narkoseprotokoll“ falls Anästhesieverfahren durchgeführt wird (Induktion/Atemwegssicherung) (n=1)
Körperliche Untersuchung (n=3)
Angehörigenkontakte schwer ins digitale System einzubringen (n=1)
Keine zielgenaue Dokumentation möglich, sobald ein Krankheitsbild nicht dem Standard entspricht (n=1)

Ein Teilnehmer meinte, dass „viele“ für eine medizinisch sachgerechte Dokumentation bei der digitalen Dokumentation fehlen würde.

Im Rahmen dieser Umfrage wurde des Weiteren erhoben, ob eine ausschließlich digitale notfallmedizinische Dokumentation ohne handschriftliches Protokoll den Teilnehmern entsprechend ihrer Erfahrung als ausreichend erscheint. Abbildung 15 zeigt, dass 65,6% eine ausschließlich digitale Dokumentation als ausreichend empfinden. 29 Personen antworteten mit *nicht ausreichend*; 4 Personen machten keine Angabe.

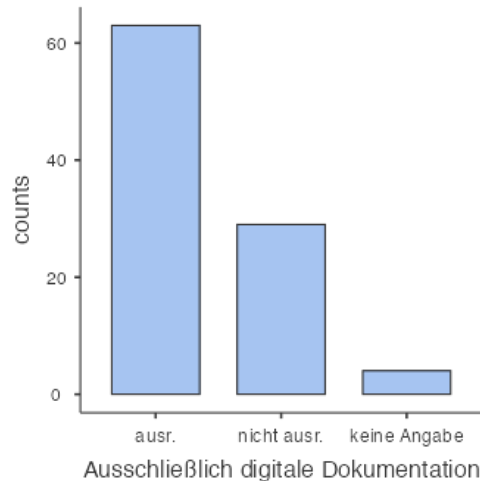


Abbildung 15: Ausschließlich digitale Dokumentation (n=96)

Als Gründe, weshalb eine ausschließlich digitale Dokumentation als nicht ausreichend erscheint, nannten 28 der 29 Teilnehmer, die diese Antwortkategorie auswählten, Folgendes:

Zeitliche Probleme

- Handschriftliche Dokumentation ist weniger zeitaufwändig (n=7)
- Digitale Dokumentation (bei einer Reanimation/instabilen Patienten/Folgeeinsätzen ect.) ist zu zeitaufwändig (n=3)
- Versorgungsdauer wird durch digitale Dokumentation unnötig verzögert (n=1)
- Genaue Dokumentation ist zeitgleich mit der Patientenversorgung nicht möglich (n=1)

Technische Probleme

- Nicht ausreichend individualisierbar aufgrund starrer Vorgaben der Eingabematrix (n=6)
- Nicht sicher genug vor technischen Ausfällen (n=3)
- Benutzerunfreundliche digitale Oberfläche (n=2)
- Ausdruck der digitalen Dokumentation im Krankenhaus zur Übergabe ist nicht praktikabel (n=1)
- Übergabe handschriftlicher Doku ist einfacher (n=1)
- Handschriftliches Protokoll ist vor Ort ausfüllbar und nicht veränderbar (n=1)
- Genaue Diagnosen durch Vorauswahl oft nicht dokumentierbar oder nur als Nebendiagnose (n=1)
- Kopien/Scan von EKG Daten oder Corpuls Daten können nicht angefügt werden (n=1)
- Nicht für „Nicht NEF Systeme“ wie NAS oder First Responder Ärzte geeignet (n=1)
- Fehlende Möglichkeit, für nachfolgende Kräfte das Protokoll auszudrucken (n=1)
- Nicht praktikabel, wenn am Notfallort „viel zu tun ist“ (n=1)

Inhaltliche Probleme

- Unzureichender Platz für die Anamnese (n=1)
- Erste Eindrücke und Verfahren sind leichter schriftlich als digital erfassbar (n=1)
- Handschriftliches Dokument mit Durchschlägen ist fälschungssicher und forensisch valide (n=1)
- Fehlen wichtiger notfallmedizinischer Entscheidungen (n=1)
- Handschriftlich kann individueller dokumentiert werden (n=1)
- Digitale Doku von Einsätzen ist später weniger nachvollziehbar (n=1)
- Bei handschriftlicher Doku kann man sich später besser an den Einsatz erinnern (n=1)

Abbildung 16 zeigt, dass 14,6% der Notärzte dieser Umfrage beschrieben, neben dem handschriftlichen Protokoll und/oder der digitalen Dokumentation eigene zusätzliche Aufzeichnungen zu machen.

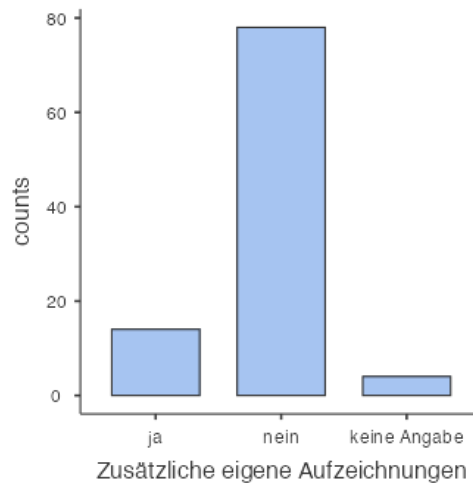


Abbildung 16: Zusätzliche eigene Aufzeichnungen neben den analogen und digitalen Dokumentationen (n=96)

In welcher Form diese zusätzlichen eigenen Aufzeichnungen gemacht werden, wird in Tabelle 8 ersichtlich.

Tabelle 8: Zusätzliche eigene Aufzeichnungen

Zusätzliche eigene Aufzeichnungen	Häufigkeit (n=14)	Prozent (%)	Prozent der Fälle (%)
Handschriftlich	5	33,3	35,7
Digital	6	40	42,9
Sonstiges	4	26,6	28,6
Gesamt	15	100	107,2

In der Kategorie „Sonstiges“ wurden Fotos (zB von EKGs) (n=2) und Gedächtnisprotokolle (n=2) bei (manchen) Einsätzen mit schwerwiegenden Verletzungen/Todesfällen oder besonderen Ereignissen (wie Einsätze mit Exekutive oder bei Va stattgehabtes Verbrechen etc) genannt.

Eigene zusätzliche Aufzeichnungen neben dem handschriftlichen Protokoll und/oder der digitalen Dokumentation (n=14) werden der Umfrage nach gemacht:

- zur eigenen (rechtlichen) Absicherung (n=6)
- zur Dokumentation ungewöhnlicher, besonderer, unklarer oder kritischer Fälle (n=5)
- zur Präzisierung der Dokumentationen (n=3)
- um potenziell wichtige Details, welche einem erst später wieder eingefallen sind, festzuhalten (n=1)
- für Lern- und Lehrzwecke (n=1)

9.4.4 Dokumentationssystem in der präklinischen Notfallmedizin in Tirol

Innerhalb von Österreich gibt es mit dem *Zoll Ambulance Pad*, *ESAPP*, *NACA-X*, *Leonardo* ect unterschiedliche Software-Produkte, welche den Notärzten zur Dokumentation der notfallmedizinischen Einsätze zur Verfügung gestellt werden.¹⁵²

Im Rahmen dieser Umfrage wurde erfasst, ob die Teilnehmer bereits mit anderen Dokumentationssystemen in der Notfallmedizin außer dem Trimmel-Protokoll und der im Tiroler Notarztwesen verfügbaren Patientendaten-Dokumentationssoftware „*Medicalpad*“ gearbeitet haben.

¹⁵² Schönberger, Dokumentation und Datenerfassung im Notarztssystem in Österreich (Diplomarbeit Medizinische Universität Graz 2022, <https://online.medunigraz.at/mug_online/wbabs.getDocument?pThesisNr=66412> 06.03.2024) 45.

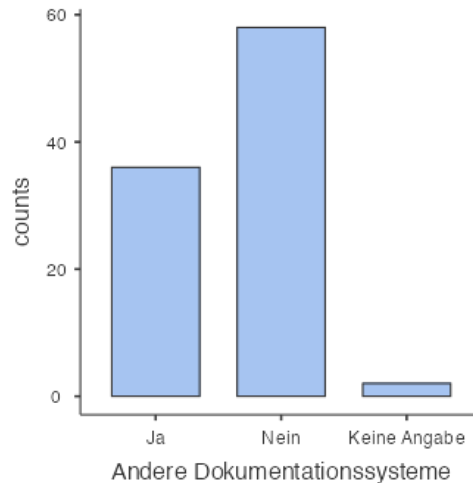


Abbildung 17: Andere Dokumentationssysteme außer Trimmel-Protokoll und Medicalpad (n=96)

Abbildung 17 zeigt, dass 37,5% der Teilnehmer (n=36) angaben, bereits mit anderen Systemen gearbeitet zu haben. Dabei wurden das DIVI-Protokoll (n=6) und die Dokumentationssoftware der ÖAMTC Hubschrauber „Leonardo“ (n=5) am häufigsten genannt. Zudem wurde neben dem NACA-X (n=2) mit dem Pulsation „Na-Prot“, mit Medici (n=2), Nidapad (n=2) und zwei unterschiedlichen E-Pens gearbeitet sowie die in Niederösterreich (n=1), Oberösterreich (n=1), Vorarlberg (n=2), Wien (n=1) oder von anderen Flugrettungsfirmen (n=2) zur Verfügung gestellte Software verwendet. Neben den deutschen Systemen wurden von den an dieser Umfrage teilnehmenden Notärzten Protokolle in England (n=1) sowie der Schweiz (n=1) genannt und andere Protokollformen wie etwa Anästhesieprotokolle oder Word-Dateien beschrieben.

Hinsichtlich positiver Aspekte aus anderen Systemen (digital und analog), welche zu einer Verbesserung der in Tirol gängigen medizinischen Dokumentation in der Notfallmedizin beitragen könnten, wurde von 29 der 36 Befragten, die bereits andere als die in Tirol verwendeten Dokumentationssysteme verwendeten, Folgendes genannt:

Technische Verbesserungen

- Regelmäßige Updates
- Maps-Integration
- Die Dokumentation konnte vorab ins Krankenhaus gesendet werden; das Problem mit der Dokumentation bei Folgeeinsätzen war somit gelöst
- Laptop mit Tastatur statt Touchscreen und daher schnellere Dokumentation möglich
- Bessere Benutzeroberfläche, Verbindung zu anderen Einsatzgeräten und automatische Datenaufzeichnung

<ul style="list-style-type: none"> ○ Größere Freitextfelder und sinnvollere Auswahloptionen ○ E-Pen: Handschriftliches Protokoll kann schnell und überall erstellt werden, nachträglich einlesen und digital nachbearbeiten
<p>Inhaltlich Verbesserungen</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Anschauliche Verlaufsbeschreibung der Vitalparameter (n=4) ○ Mehr Eingabemöglichkeiten für Besonderheiten ○ Breitere Auswahl der Möglichkeiten in der Dokumentation ○ Kürzer, prägnanter ○ Mehr Automatismen ○ Keine Doppeldokumentation ○ Logischerer und übersichtlicherer Aufbau ○ Dokumentation nach A-B-C-D-E (n=2) ○ Der schriftliche Ausdruck sollte korrekt sein; darüber bei der derzeitigen Doku keine Kontrolle und wenig übersichtliches Dokument ○ Einsatz besser abbildbar (auf Kosten der wissenschaftlichen Verwertbarkeit – Statistiken etc)
<p>Verbesserungen den Ablauf betreffend</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Abgabe Papierform im Krankenhaus und elektronische Auswertung am Stützpunkt
<p>Nein, keine positiven Aspekte (n=10)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Bei allen handschriftlichen Protokollen sei zu wenig Platz für eine Beschreibung des Notfalls oder der Befunde ○ Das andere System hätte auch viele Schwächen ○ Keine gute Alternative
<p>Sonstige Anmerkungen</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Dokumentation sei in Deutschland noch aufwendiger ○ Es wurde eine neue Software, welche auf ABCDE basiert, von stützpunktleitenden Notärzten getestet und sei für die Zukunft gewünscht

In Tabelle 9 wird ersichtlich, durch welche Methoden den Notärzten das Führen der notfallmedizinischen Dokumentation beigebracht wurde. Mit 71,9% erlernte dies der Großteil der Teilnehmer durch die Begleitung eines notärztlichen Kollegen im Rahmen der Ausbildung. 69,8% gaben an, die medizinische Dokumentation für den notfallmedizinischen Bereich durch „Learning by Doing“ erlernt zu haben.

Tabelle 9: Erlernen der notfallmedizinischen Dokumentation

Erlernen der notfallmedizinischen Dokumentation	Häufigkeit (n=96)	Prozent (%)	Prozent der Fälle (%)
durch Notarzkurs	7	4,4	7,3
durch Begleitung eines Notarztes i.R. der Ausbildung	69	43,1	71,9
durch Anleitung im Intranet des Roten Kreuzes	7	4,4	7,3
durch „Learning by Doing“	67	41,9	69,8
Sonstiges	10	6,2	10,4
Gesamt	160	100	166,7

Als „sonstige Wege“ zum Erlernen der notfallmedizinischen Dokumentation (10,4% der Fälle) wurden von den Teilnehmern

- das Arbeiten im Rettungsdienst vor der Notarztstätigkeit (n=2),
- das Lernen von Kollegen, welche als Notärzte tätig sind (n=2),
- eine Pflichtschulung, welche bei Einführung des MedicalPad/CarPC stattfand (n=2)
- sowie Fortbildung

genannt.

Ein Teilnehmer erklärte, die Dokumentation im klinischen Alltag erlernt zu haben; ein weiterer kommentierte, dass das Erlernen der allgemeinen Grundsätze der Dokumentation als Teil der ärztlichen Ausbildung stattfand.

9.4.5 Dokumentationsdauer in der präklinischen Notfallmedizin in Tirol

Wie in Abbildung 18 ersichtlich, werden von 8,3% der Befragten für die notfallmedizinische Dokumentation pro Patient weniger als 5 Minuten benötigt. 61,5% der Notärzte gaben an, 5 – 10 Minuten zu benötigen, 29,2% zwischen 10 und 20 Minuten und nur 1 Teilnehmer wählte die Option >20 Minuten. Dementsprechend benötigen >90% der an dieser Umfrage teilnehmenden Notärzte durchschnittlich 5 – 20 Minuten für die Dokumentation.

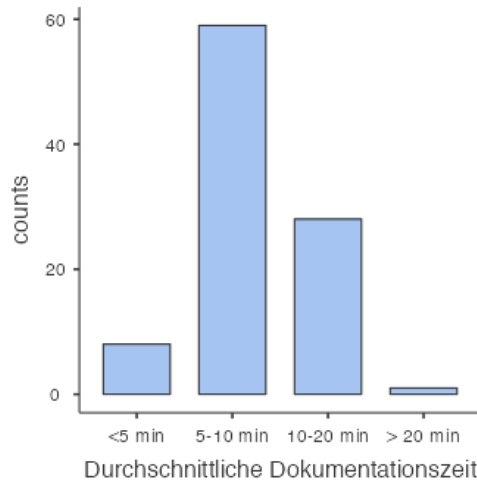


Abbildung 18: Durchschnittliche Dokumentationszeit in der Notfallmedizin pro Patient (in Minuten, n=96)

Bezüglich des Finalisierungszeitpunkts der handschriftlichen oder digitalen Dokumentation ergaben sich folgende Ergebnisse: In Tabelle 10 sind die Zeitpunkte bezüglich der handschriftlichen Dokumentation aufgelistet. Mehr als die Hälfte, nämlich 58,3%, gaben an, dass sie diese während des Einsatzes fertigstellen. 73 der 77 Befragten, welche angaben, eine handschriftliche Dokumentation zu führen, finalisieren diese spätestens unmittelbar nach dem Einsatz.

Tabelle 10: Zeitliche Finalisierung der handschriftlichen Dokumentation

Finalisierung der handschriftlichen Dokumentation	Häufigkeit (n)	Prozent (%)
Während des Einsatzes	56	58,3
Unmittelbar nach dem Einsatz	17	17,7
Innerhalb von 2 Stunden nach dem Einsatz	2	2,1
2 bis 24 Stunden nach dem Einsatz	2	2,1
>24 Stunden nach dem Einsatz	0	0
Ich mache keine Doku in dieser Form.	18	18,8
Keine Angabe	1	1
Gesamt	96	100

Wie in Tabelle 11 ersichtlich wird, wird die digitale Dokumentation im Gegensatz zur handschriftlichen Dokumentation von mehr als der Hälfte der Befragten (72,9%) erst nach dem Einsatz finalisiert. Immerhin 22,9% gaben an, diese Form der Dokumentation bereits während des Einsatzes fertigzustellen. 4 Personen gaben an, keine digitale Dokumentation zu führen.

Tabelle 11: Zeitliche Finalisierung der digitalen Dokumentation

Finalisierung der digitalen Dokumentation	Häufigkeit (n)	Prozent (%)
Während des Einsatzes	22	22,9
Unmittelbar nach dem Einsatz	50	52,1
Innerhalb von 2 Stunden nach dem Einsatz	13	13,5
2 bis 24 Stunden nach dem Einsatz	7	7,3
>24 Stunden nach dem Einsatz	0	0
Ich mache keine Doku in dieser Form.	4	4,2
Keine Angabe	0	0
Gesamt	96	100

Bezüglich des Aufschiebens der notfallmedizinischen Dokumentation aufgrund eines Folgeinsatzes gab kein Teilnehmer an, dass er die Dokumentation nie oder immer aufschieben müsse. 18,8% der Befragten gaben an, dass dies oft vorkomme; bei 44,8% sei dies manchmal der Fall. 36,5% gaben an, die Dokumentation aufgrund eines Folgeinsatzes nur selten verschieben zu müssen (siehe Abbildung 19).

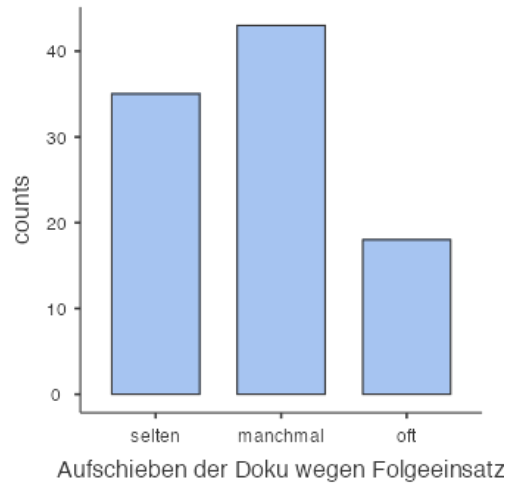


Abbildung 19: Zeitliches Aufschieben der Dokumentation aufgrund eines Folgeeinsatzes (n=96)

Die Frage, wie lange es nach einem notfallmedizinischen Einsatz der Erfahrung nach noch möglich ist, eine korrekte und ausreichende medizinische Dokumentation zu erstellen, wurde von den Befragten wie in Tabelle 12 folgt beantwortet:

Tabelle 12: Zeitraum, in welchem es der Erfahrung nach möglich ist, eine korrekte und ausreichende Dokumentation zu erstellen

Zeitraum für korrekte und ausreichende Doku	Häufigkeit (n)	Prozent (%)
Bis < 1 Stunde danach	9	9,4
Bis 1-2 Stunden danach	35	36,5
Bis max. 12 Stunden danach	31	32,2
Bis max. 24 Stunden danach	11	11,5
>24 Stunden nach dem Einsatz	10	10,4
Gesamt	96	100

Wie viel Prozent der Dokumentationszeit auf den medizinischen Teil bzw den administrativen Teil (Verrechnung, Qualitätsmanagement etc) entfallen, wurde von den Notärzten wie folgt eingeschätzt und in Tabelle 13 dargestellt:

Tabelle 13: Schätzungen bezüglich medizinischer vs administrativer Dokumentationszeit

Dokumentationszeit medizinisch vs administrativ	Häufigkeit (n)	Prozent (%)
10% medizinisch / 90% administrativ	0	0
20% medizinisch / 80% administrativ	4	4,2
30% medizinisch / 70% administrativ	10	10,4
40% medizinisch / 60% administrativ	5	5,2
50% medizinisch / 50% administrativ	13	13,5
60% medizinisch / 40% administrativ	13	13,5
70% medizinisch / 30% administrativ	23	24
80% medizinisch / 20% administrativ	15	15,6
90% medizinisch / 10% administrativ	13	13,5
Gesamt	96	100

13,5% der Befragten glauben, dass ein ausgeglichenes Verhältnis zwischen medizinischem und administrativem Aufwand im Hinblick auf die Dokumentation besteht. 80,1% der Notärzte schätzen, dass $\geq 50\%$ der Dokumentationszeit auf medizinische Inhalte entfallen.

9.4.5.1 Technische und rechtliche Probleme bei der Dokumentation in der präklinischen Notfallmedizin in Tirol

Bezüglich Problemen technischer bzw rechtlicher Natur hinsichtlich der Dokumentation in der Notfallmedizin im Praxisalltag am NEF in Tirol ergaben sich nachfolgende Ergebnisse:

54 Teilnehmer dieser Umfrage gaben an, bereits mindestens einmal technische oder rechtliche Probleme hinsichtlich der Dokumentation gehabt zu haben. 6 Personen nannten, dass sie bereits technische und rechtliche Probleme hatten. 1 Person machte keine Angabe dazu.

Tabelle 14: Probleme technischer oder rechtlicher Natur hinsichtlich der Dokumentation

Probleme technischer und rechtlicher Natur	Häufigkeit (n=96)	Prozent (%)	Prozent der Fälle (%)
Probleme technischer Natur	58	56,9	60,4
Probleme rechtlicher Natur	8	7,8	8,3
Weder technische noch rechtliche Probleme	35	34,3	36,5
Keine Angabe	1	1	1
Gesamt	102	100	106,2

Von 57 der 58 Umfrage-Teilnehmern, die bereits Probleme technischer Natur erlebt haben, wurden folgende Probleme beschrieben:

Vorheriger Notarzt im System eingetragen bei Einsatz unmittelbar nach Dienstübergabe/Protokolle an falschen Notarzt zugewiesen (n=3)
Systemausfall/-absturz (n=18) <ul style="list-style-type: none"> ○ Server/Verbindungs/Empfangs/Übertragungsprobleme (n=8) ○ Defektes Gerät (n=4) ○ Tastatur/Touchpad Problematik (n=4) ○ Fehlfunktion des Systems (n=15) ○ Drucker defekt/Drucken nicht möglich (n=7) ○ Schlechter/leerer Akku (n=3) ○ Nichtverfügbarkeit (n=1) ○ Systemneustarts nötig (n=2)
Einsatz nicht hinreichend dokumentierbar (die Verrechnung betreffend), da keinem Standard entsprechend: Bsp Materialtransport (LUCAS) (n=1)
Fehlende Telemetrie (n=1)
Rückmeldeindikation nicht detailliert oder konklusiv (n=1)
Probleme bei Dateneinspeisung durch die Leitstelle (n=2)
Einsatz nach dem Ausfüllen nur mehr zum Teil ausgefüllt (n=1)
Zu dokumentierender Einsatz nicht mehr auffindbar (n=2)
Kein Zugriff auf (alte) Protokolle (n=3)
Patientendaten nicht (gleich) auffindbar (n=1)
Probleme unbekannte Patienten / Neugeborene zu dokumentieren (n=1)
Fehlende Freitextfelder, Angaben aufgrund starrer Vorgaben nicht machbar (n=2)
Gelöschte Protokolle (n=1)

Von 7 der 8 Umfrage-Teilnehmern, die bereits Probleme rechtlicher Natur erlebten, wurden folgende Probleme beschreiben:

Fehlerhafte Dokumentation aufgrund eingeschränkter Auswahlfelder ohne Freitextmöglichkeit (n=2)
Digitale Dokumentation (genauer ausgefüllt mit mehr Information/Daten) wurde dem handschriftlichen Protokoll bei Gerichtsverhandlung als Zeugin gegenübergestellt; mehrfaches Nachfragen hierbei, warum am digitalen Protokoll mehr Text sei
Unzureichende Dokumentation bei gerichtlicher Nachfrage
Fehlende Übernahme vom EKG als Problem
Zeugenaussagen in Schadenersatzprozessen
Falscher Patientennamen aufgrund automatischer Übernahme des Namens des Notfallknopfs des Nachbarn

Von den Befragten gaben 12,5% (n=12) an, bereits Erfahrungen mit einem notfallmedizinischen Einsatz mit rechtlichen Konsequenzen gehabt zu haben. Die zivilrechtlichen und strafrechtlichen Problematiken zeigen sich im Verhältnis 3:2 wie in Tabelle 15 ersichtlich. Es wurde dabei nicht angefragt, ob es sich um rechtliche Konsequenzen für den Notarzt oder den Patienten handelte.

Tabelle 15: Erfahrung mit Einsätzen mit rechtlichen Konsequenzen

Erfahrung mit Einsätzen mit rechtlichen Konsequenzen	Häufigkeit (n=96)	Prozent (%)	Prozent der Fälle (%)
Ja, zivilrechtliche (zB Schadenersatzforderungen)	9	9,1	9,4
Ja, strafrechtliche	6	6,1	6,3
Keine Erfahrungen damit	84	84,8	87,5
Gesamt	99	100	103,2

In 69,2% (n=9) der notfallmedizinischen Einsätze mit rechtlichen Konsequenzen spielte die Dokumentation, wie in Abbildung 20 abgebildet, eine Rolle. In 23,1% wurde dies verneint; ein Befragter gab keine Antwort auf die gestellte Frage.

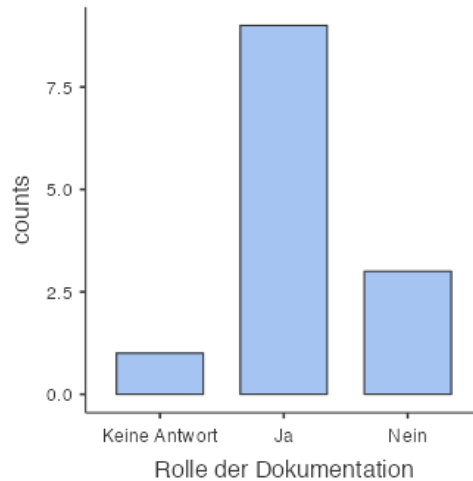


Abbildung 20: Rolle der Dokumentation bei rechtlichen Konsequenzen notfallmedizinischer Einsätze (n=9)

9.4.6 Die Rolle der Patientenverfügung in der präklinischen Notfallmedizin in Tirol

Von den 96 Befragten würden es 90,6% als unterstützend empfinden, vor Eintreffen am Notfallort digital Patientenverfügungen einsehen zu können, soweit dies die zeitlichen Ressourcen in der jeweiligen Situation erlauben. 6,3% der Teilnehmer beschrieben, dass sie eine Einsichtnahme nicht als unterstützend empfinden würden und 3,1% der Teilnehmer entschieden sich weder dafür noch dagegen (siehe Abbildung 21).

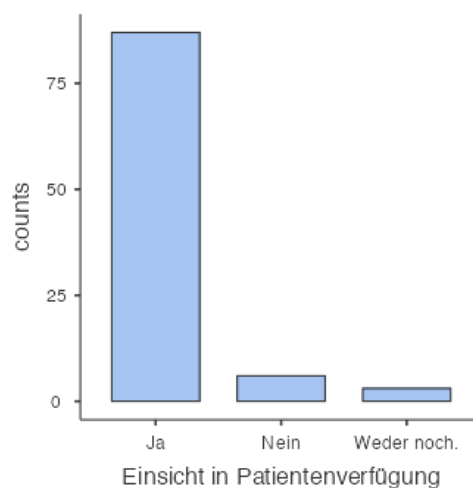


Abbildung 21: Einsicht in Patientenverfügungen vor Eintreffen am Notfallort (n=96) wäre hilfreich

10 Diskussion

Im Allgemeinen existieren rechtliche Vorgaben zur ärztlichen Dokumentation; es gibt jedoch keine gesonderten rechtlichen Normen für im Bereich der präklinischen Notfallmedizin tätige Notärzte. Regelungen für Notärzte werden in gewisser Form durch die handschriftlichen und digitalen Protokoll-Vorlagen gegeben. Es gilt jedoch zu hinterfragen, ob eigene rechtliche Vorgaben für Notärzte im Praxisalltag sinnvoll wären oder lediglich eine Einschränkung darstellen würden.

10.1 Form der Dokumentation

Der Gesetzgeber in Österreich gibt keine näheren Vorgaben, in welcher Form die Dokumentation von Notärzten zu erfolgen hat. Dadurch kann diese relativ frei gestaltet werden. In der Notfallmedizin wird im Gegensatz zu der in der Arztpraxis oder dem Krankenhaus geführten Dokumentation vermehrt mit Protokollen und vorgefertigten Dokumentationssoftwaresystemen gearbeitet. Es gibt jedoch keine einheitliche Dokumentationsform innerhalb Österreichs, da die Vorgaben zur Dokumentationsform in der Notfallmedizin im selbständigen Wirkungsbereich der Bundesländer liegen.¹⁵³ Allerdings sollte bei der Dokumentationssoftware stets der wirtschaftlich und fachlich am besten geeignete Anbieter gewählt werden.

Rund ein Fünftel der befragten Notärzte in Tirol macht laut Umfrageergebnissen immer sowohl eine handschriftliche als auch eine digitale Dokumentation der Einsätze. Gerade bei medizinisch herausfordernden Einsätzen stellt dies oft eine praktische Variante dar. Das strukturierte Handprotokoll ist mit den vielen Ankreuzmöglichkeiten eine gute Grundlage zum schnellen Erfassen der Situation vor bei hohem Zeitdruck oder widrigen äußeren Umständen. Für genauere Ausführungen, welche auch mehr nicht-medizinische Anteile beinhalten, bietet die digitale Dokumentation mehr Platz. Diese „doppelte Arbeit“ durch handschriftliche und digitale Dokumentation wird rechtlich nicht vorausgesetzt und benötigt mehr Zeit.

Je länger die Notärzte der Umfrage bereits in der präklinischen Notfallmedizin tätig sind, umso öfter wird zur handschriftlichen Dokumentationsform gegriffen. Bei einer

¹⁵³ Art 15 Abs 1 B-VG.

möglichen kompletten Ablösung von papierbasierten Protokollen durch die digitalisierte Erfassung, welche in manchen anderen Bundesländern Österreichs bereits die Norm darstellt, ist zu bedenken, dass die ausschließlich digitale Dokumentation derzeit nur von ca zwei Drittel der Umfrageteilnehmer als ausreichend empfunden wird. Vor allem technische und inhaltliche Defizite der Software sowie das zeitliche Management beim Dokumentieren von Einsätzen mit instabilen Patienten lassen Teilnehmer daran zweifeln, dass eine digitale Dokumentation ausreichend sei.

Die Anforderungen an die Dokumentation sind bei sehr individuellen Notfalleinsätzen sehr unterschiedlich. Laut einem Umfrageteilnehmer reiche es bei Einsätzen mit NACA 1-3 meist aus, einen Satz zur vollständigen Darstellung der Situation zu schreiben, bei NACA 4-6 bräuchte es mehr und das System sei darauf ausgelegt. Bei NACA 7 (= Todesfall) braucht es wiederum eine eigene Form der Dokumentation. Die Qualität der Dokumentation wird in der Praxis durch die verwendeten Vorlagen und verfügbaren Eingabefelder in den elektronischen Dokumentationssystemen bestimmt. Die jeweiligen Softwaresysteme sollten daher auch Möglichkeiten bieten, die individuellen Unterschiede darstellen zu können.

Zusätzliche eigene Aufzeichnungen zur Einsatzdokumentation werden von ca 15% der Notärzte der Umfrage gemacht, wobei dies überwiegend zur eigenen Absicherung im Falle rechtlicher Konsequenzen und bei Einsätzen, welche von „der Norm“ abweichen, gemacht wird. Der Patient hat bei solchen Gedächtnisprotokollen nur ein eingeschränktes Einsichtsrecht.¹⁵⁴ Die eigenen Aufzeichnungen sind aber dennoch von Bedeutung: sowohl aus medizinischer Sicht als auch aus rechtlicher Sicht, um sich an bestimmte Einsätze besser erinnern zu können oder im Falle eines erneuten notfallmedizinischen Einsatzes beim selben Patienten, um uU bereits Vorkenntnisse zu haben, welche nicht in der regulären Dokumentation niedergeschrieben werden sollten.

¹⁵⁴ *Stellamor/Steiner*, Handbuch I, 160.

10.2 Zeitpunkt und Dauer der Dokumentation

Weder im Ärztegesetz noch im Krankenanstaltengesetz ist genauer geregelt, zu welchem Zeitpunkt die Dokumentation stattfinden muss. Alle wesentlichen diagnostischen Ergebnisse und therapeutischen Maßnahmen müssen aber spätestens am Ende des einzelnen Behandlungsabschnittes aufgezeichnet werden, um ihre Zwecke zu erfüllen.¹⁵⁵

In der Literatur gehen die Meinungen, was den „unmittelbaren zeitlichen Zusammenhang“ zwischen Behandlung und Dokumentation betrifft, deutlich auseinander. Es existiere im Normalfall jedoch kein tragfähiger Grund, weshalb eine Dokumentation nicht spätestens noch am selben Tag erfolgen kann.¹⁵⁶

Die papierbasierte Dokumentation auf handschriftlichen Protokollen in der Notfallmedizin (va zusätzlich zur digitalen Dokumentation) ist bei vielen Notärzten noch immer der Standard bei bestimmten Einsatzszenarien, da es für viele die schnellste verfügbare Methode darstellt. Laut Umfrageteilnehmern wird die handschriftliche Dokumentation im Schnitt auch meist unmittelbar nach dem Einsatz abgeschlossen, während die digitale Dokumentation tendenziell später finalisiert wird. Man könnte daher davon ausgehen, dass die handschriftliche Dokumentation bisher zeitlich leichter im Praxisalltag von Notärzten umsetzbar ist als eine digitale Dokumentation.

Zwei Drittel der befragten Notärzte meinten, dass jener Zeitraum, in dem eine korrekte und ausreichende Dokumentation des notfallmedizinischen Einsatzes noch möglich ist, zwischen 1 und 12 Stunden liegt. Da medizinische Notfälle, im Gegensatz zur Patientenbehandlung in einer Terminambulanz, viel unvorhersehbarer auftreten und sehr individuell sind, wird der Zeitraum auch stark von den Vorkommnissen, welche sich in der Zwischenzeit ereignen, abhängen. In Bezug auf die Notfallmedizin wird in der Literatur diskutiert, dass die Akutbehandlung bei einem Notfall immer Vorrang vor dessen Dokumentation hat. Je nach Art der gesetzten Behandlungsmaßnahmen und des genauen Kontextes könne die Dokumentation daher auch mit einem zeitlichen Abstand von bis zu einer Woche noch vorgenommen werden.¹⁵⁷

¹⁵⁵ OGH 28.08.1997 3 Ob 2121/96z. Siehe auch *Stellamor/Steiner*, Handbuch I, 166.

¹⁵⁶ *Bayer* (Fn 22) Kap E 59.

¹⁵⁷ *Rehborn/Kern* in *Laufs/Kern/Rehborn*, Handbuch⁵ § 61 Rn 29.

Dies widerspricht etwa der Meinung, dass die diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen bis spätestens am Ende des einzelnen Behandlungsabschnittes aufgezeichnet werden müssen. Das Ende der Behandlung in der präklinischen Notfallmedizin stellt immer die Übergabe an den RTW oder an die Notaufnahme oder aber der Eintritt des Todes des Patienten dar. Es sollte hier diskutiert werden, ob eine genaue mündliche Übergabe an den Weiterbehandler ausreicht und eine erst nachfolgende Dokumentation nach dem Ende des Behandlungsschritts „präklinische Notfallmedizin“ rechtfertigt. In der Umfrage gab niemand der Teilnehmer an, später als 24 Stunden nach dem Einsatz zu dokumentieren.

Vor allem die Dauer der Dokumentation wird von den meisten der 55,2% befragten Notärzte, welche die Dokumentation immer oder oft als Belastung erleben, erwähnt. Die Dokumentationsdauer wird in der überwiegenden Zahl der Fälle mit 5-20 Minuten angegeben und muss selten bis oft aufgrund von Folgeeinsätzen aufgeschoben werden. Ein dadurch eventuell entstehender Informationsverlust, die Dokumentation des vorherigen Einsatzes betreffend, wird in der Praxis kaum zu vermeiden sein. Dies gilt es gerade im Fall von gerichtlichen Prozessen zu bedenken.

Fast die Hälfte der Umfrageteilnehmer bemerkte eine Zunahme des Dokumentationsaufwands in den letzten 5 Jahren, was ua auf die steigenden Einsatzzahlen und zunehmende Digitalisierung zurückgeführt werden kann. In dieser Zeit sind keine wesentlichen Änderungen der rechtlichen Grundlagen in der Literatur ersichtlich. Eine gewisse Routine bei der Bedienung der verwendeten elektronischen Systeme bei regelmäßigen Diensten am NEF kann allerdings zu einer Zeitersparnis bei der digitalen Dokumentation führen.

80% der Umfrageteilnehmer empfinden, dass mindestens 50% der Dokumentationszeit auf den medizinischen Teil entfallen. Der administrative Anteil scheint demnach also nicht vernachlässigbar zu sein. Rechtliche Normen sind nur für die medizinischen Inhalte verfügbar¹⁵⁸, alles andere wird in Organisations- bzw Dienstvorschriften oä der einzelnen Rettungsorganisationen festgelegt.

¹⁵⁸ Vgl ua § 51 Abs 1 ÄrzteG.

10.3 Inhalt der Dokumentation

Die Definition des ordnungsgemäßen und ausreichenden Dokumentationsinhalts stellt eine schwierige Aufgabe dar. Grundsätzlich sollte sich der Inhalt aus dem Zweck der Dokumentation ergeben.¹⁵⁹ Es sollte jedoch auch eine sich aus der individuellen Patienten- bzw. Behandlungssituation ergebende Dokumentation durchgeführt werden.¹⁶⁰ Vor allem im Bereich der Notfallmedizin wird man mit sehr variierenden Situationen und sich daraus ergebenden weiteren Schritten konfrontiert sein. Es sollte vermieden werden, dass die Dokumentationen zur eigenen Absicherung immer umfangreicher und grenzenlos werden.

Nur etwas mehr als die Hälfte der befragten Notärzte findet, dass in der derzeitigen digitalen Dokumentations-Vorlage alle wichtigen Daten für eine ausreichende Dokumentation erfasst werden. Verbesserungen diesbezüglich bedürfen den Kommentaren der Umfrageteilnehmer zufolge keiner Veränderungen in den rechtlichen Normen, sondern einer Weiterentwicklung der Softwaresysteme unter dem Einfließen-Lassen von Vorschlägen aus dem Praxisalltag, wie etwa die Ausweitung von individuellen Eingabemöglichkeiten neben den Standardprotokollvorgaben bei doch sehr individuellen Behandlungsabläufen im Rahmen der präklinischen Notfallmedizin. Beispielsweise ist die inhaltliche Unterscheidung von Hyperventilation und Tachypnoe derzeit nur erschwert dokumentierbar.

Durch die Einführung einer digitalen Dokumentation notfallmedizinischer Einsätze dürfte eine Datenqualitätsverbesserung im Gegensatz zu den papierbasierten Protokollen insofern entstanden sein, als Fehlerquellen wie eine schlechte Lesbarkeit bei handschriftlichem Ausfüllen vermieden werden können. Ein Qualitätsdefizit und das Risiko für inhaltliche Dokumentationsmängel dürften andererseits aufgrund fehlerhafter und lückenhafter Auswahlfelder in der Eingabemaske oder dem Fehlen eines benutzerfreundlichen User Interfaces bei der digitalen Dokumentation angestiegen sein.

¹⁵⁹ *Wallner* in Resch/Wallner, *Medizinrecht*³ (2020) Kap XXI Rn 301.

¹⁶⁰ *Rehborn/Kern* in Laufs/Kern/Rehborn, *Handbuch*⁵ § 61 Rn 14.

Je nach Art der Behandlung und je nach berufsrechtlicher Stellung der behandelnden Ärzte wird bedacht, dass der Umfang und der Detailgrad der Dokumentationen unterschiedlich sein können.¹⁶¹ Die Art der Behandlung unterscheidet sich in der Notfallmedizin noch mehr als innerklinisch, da dort bereits in die unterschiedlichen klinischen Fächer triagiert wird. Das bedeutet für die Praxis, dass auch die Dokumentationen der jeweiligen Notarzteeinsätze inhaltlich sehr unterschiedlich ausfallen werden. Rechtlich gesehen bedarf es keiner Dokumentation von Selbstverständlichkeiten und Routinemaßnahmen.¹⁶² Eine Abweichung von der Routine stellen beispielsweise Ablehnungen von Diagnostik oder Therapie durch den Patienten dar, aber auch andere Abweichungen und vom Notarzt als erwähnenswert empfundene Inhalte sollten bei der Dokumentation ausdrücklich festgehalten werden.

Halmich definiert für die ordnungsgemäße Dokumentation im Bereich der Notfallmedizin neben den auch innerklinisch bedeutsamen Maßnahmen wie der Anamnese, den gemessenen Vitalwerten oder den gesetzten Maßnahmen auch die für das aktuelle Problem bedeutsamen vorgefundenen Rahmenbedingungen, die anwesenden Kräfte sowie die Art des Transports.¹⁶³ Es handelt sich hierbei jedoch um keine rein medizinischen Inhalte.

Vor allem fehlende Möglichkeiten, den Verlauf von Vitalparametern gut darstellen zu können, ein EKG mit entsprechender Kurve aufzuzeichnen oder, aufgrund limitierter Auswahldiagnosen, die gestellte Verdachtsdiagnose korrekt dokumentieren zu können, stellen der Umfrage nach inhaltliche Mängel dar, welche aufgrund der technischen Gegebenheiten auftreten.

Zum Umgang mit Patientenverfügungen in der Notfallmedizin gibt es einschlägige Regelungen im PatVG. Die derzeit noch nicht zur Verfügung stehende Möglichkeit, diese vor Eintreffen am Notfallort einsehen zu können, würden ca 90% der Notärzte als sinnvoll und hilfreich erachten, auch wenn nur ein geringer Anteil der Bevölkerung derzeit eine Patientenverfügung hat. Es könnte in vielen Fällen eine Behandlung dem Patientenwunsch entsprechend ermöglichen und ethische Dilemmata verringern.

¹⁶¹ OGH 12.08.2004, 1 Ob 139/04d.

¹⁶² *Rehborn/Kern* in *Laufs/Kern/Rehborn*, Handbuch⁵ § 61 Rn 16.

¹⁶³ *Halmich*, *Recht für Sanitäter und Notärzte*² (2016) 78-79.

10.4 Probleme und Rechtsfolgen bei der Dokumentation

Von den Umfrageteilnehmern werden weit mehr technische als rechtliche Probleme, die Einsatzdokumentation betreffend, angegeben. Es erscheint daher sinnvoll und notwendig, die technischen Probleme zu beheben, um rechtlichen Problemen vorzubeugen.

Da im Falle eines Prozesses die Vollständigkeit und Richtigkeit der Dokumentation nicht vom Gericht selbst beurteilt werden kann, werden bei der Frage nach einer ordnungsgemäßen Dokumentation regelmäßig medizinische Sachverständige beauftragt.¹⁶⁴ Aus den Ergebnissen der Umfrage wird ersichtlich, dass sich diese Sachverständigen nicht nur mit den medizinischen Inhalten, sondern auch mit den herrschenden technischen Problemen auseinandersetzen müssen, um den Fall zu rekonstruieren. Es stellt sich die Frage, inwiefern dies unter ihre Zuständigkeit fällt; es wird für eine korrekte Begutachtung jedoch unerlässlich sein.

Es erscheint nicht sinnvoll, einen Arzthaftungsprozess allein auf der Grundlage einer unzureichenden oder fehlenden Dokumentation zu führen, da der sich hieraus ergebende Schaden schwierig zu ermitteln sein wird.¹⁶⁵ Im Gegensatz zur handschriftlichen Dokumentation werden Notärzte bei der digitalen Dokumentation daran erinnert, dass leere Felder beantwortet werden müssen, um die Dokumentation abschließen zu können. Dies bedeutet allerdings nicht automatisch, dass eine zureichende Dokumentation gegeben ist. Es führt per se aber auch nicht zu einer Haftung, wenn lediglich die Dokumentation als unzureichend erscheint. Nach der ständigen Rechtsprechung und der hM kommt es im Falle einer Verletzung der Dokumentationspflicht zu einer Beweislastumkehr. Umgekehrt wird einer ausführlichen und korrekten Dokumentation ein hoher Beweiswert im Rahmen eines Prozesses zugeschrieben werden. Das bedeutet für den Praxisalltag von Notärzten, dass eine möglichst gewissenhafte Dokumentation erfolgen sollte, auch wenn die verfügbaren Vorlagen nicht immer darauf ausgelegt sind.

¹⁶⁴ Bayer (Fn 22) Kap E 47.

¹⁶⁵ Rehborn/Kern in Laufs/Kern/Rehborn, Handbuch⁵ § 61 Rn 6.

12,5% der Notärzte in Tirol, welche an der Umfrage teilnahmen, gaben an, Erfahrung mit notfallmedizinischen Einsätzen mit daraus resultierenden rechtlichen Konsequenzen zu haben. In fast drei Viertel der Fälle spielte dabei die Dokumentation eine Rolle. Neben einer „fehlerhaften Dokumentation wegen eingeschränkter Auswahlfelder in der digitalen Eingabemaske“ oder einem „Vergleich der handschriftlichen und der digitalen Dokumentation eines Notarzteinsatzes im Prozess“ wurden eine „unzureichende Dokumentation“, die „fehlende Übernahme des EKGs“ und ein „falscher Patientennamenname durch die Zuordnung durch das System“ als rechtliche Probleme der Befragten angegeben.

Die ärztliche Dokumentation hat demnach eine tragende Rolle im Rahmen von Prozessen. Aus dem erwähnten Beispiel mit dem Vergleich von handschriftlicher und digitaler Dokumentation eines Notarzteinsatzes lässt sich schließen, dass manche in der Praxis herrschende Vorgehensweisen von fachfremden Personen nur schwer nachvollziehbar sind, sich aber aus einem präklinischen Alltag mit viel Eigendynamik ergeben.

Die automatische Übernahme von Verlaufswerten der Vitalparameter wie von EKGs, Defibrillator-Daten oder Blutdruckwerten ins digitale Einsatzprotokoll wird von Softwareherstellern beworben, hat sich in der Einsatzdokumentation zumindest in Tirol aufgrund technischer Hindernisse aber noch nicht etabliert. Es wäre bei Einsätzen, bei welchen die Dokumentation zeitlich aufgeschoben werden muss, jedoch eine wertvolle Unterstützung. Ob eine Aufzeichnung dieser Parameter in kurzen Intervallen gerade beim Transport mit vielen Erschütterungen etc sinnvoll ist oder ob dabei viele Fehlmessungen bzw Artefakte entstehen, welche im Nachhinein richtig gedeutet bzw gekennzeichnet werden müssen und den Dokumentationsaufwand weiter steigern, bleibt zu überlegen.

Im Hinblick auf die vorgefertigten Auswahllisten, welche auszufüllen sind, ist zu diskutieren, in welchem Ausmaß diese eine Dokumentationserleichterung darstellen. Wenn in dieser Form zu viele Parameter und Daten abgefragt werden, kann es wiederum zu Automatismen seitens des Arztes führen und damit folglich zu Fehleranfälligkeit der Dokumentation.

10.5 Zusammenfassung & Schlussfolgerung

Die Dokumentation des präklinischen Notfalls ist mehr als ein reiner Akt der Bürokratie. Je medizinisch schwieriger und herausfordernder der Einsatz ist, umso schwieriger wird es auch sein, eine vollständige Dokumentation bis zur Übergabe des Patienten im Krankenhaus zu erstellen. Die standardisierten Einsatzprotokolle (in analoger oder auch digitaler Form) sollen helfen, die medizinischen und rettungstaktischen Aspekte in der präklinischen Notfallmedizin systematisch zu erfassen und festzuhalten. Die Entwicklung und Weiterentwicklung der Dokumentationsstandards werden als Aufgaben der Medizin und weniger der Rechtswissenschaft angesehen. Die Dokumentation sollte ihren Zwecken entsprechend gestaltet werden und dient primär nicht dazu, dem Patienten Beweise in einem späteren Arzthaftungsprozess zu liefern.

Laut den Ergebnissen der Umfrage wird im Praxisalltag in der Dokumentation des präklinischen Notfalls oft nicht das Tatsächliche dokumentiert, sondern das, was „am ehesten“ passt. Dieser Umstand sollte dazu anregen, die Dokumentationssysteme möglichst praxisnah weiterzuentwickeln, um eine hohe Dokumentationscompliance zu generieren. Die Anforderungen an die Dokumentation sollten dabei Richtigkeit, Vollständigkeit, Nachvollziehbarkeit, Zuordenbarkeit, Lesbarkeit und Ordnung sein.¹⁶⁶ Die Qualität der Dokumentation wird in der Praxis durch die zur Verfügung gestellten Dokumentationssysteme beeinflusst. Ein Einschulen und Fortbilden zukünftiger Notärzte zum Thema der Dokumentationspflicht in der präklinischen Notfallmedizin wäre wünschenswert.

¹⁶⁶ Kletečka-Pulker in Handbuch Medizinrecht Kap I.5.4.1.

Literaturverzeichnis

- Ary/Jacobs/Sorensen/Razavieh*, Survey research in Introduction to Research in Education² (2010)
- Bayer*, Ärztliche Dokumentationspflicht und Einsichtsrecht in Patientenakten (2018)
- Bundesärztekammer, Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung, Deutsches Ärzteblatt 2011, A 346
- Denscombe*, The Good Research Guide – for small-scale social⁴ (2010)
- Fischer/Messelken* in Scholz/Sefrin/Böttiger/Dörges/Wenzel (Hrsg), Notfallmedizin³ (2013)
- Grabenwarter/Krauskopf* in Resch/Wallner (Hrsg), Medizinrecht³ (2020)
- Halmich*, Recht für Sanitäter und Notärzte² (2016)
- Jantzen/Gräsner* in Scholz/Sefrin/Böttiger/Dörges/Wenzel (Hrsg), Notfallmedizin³ (2013)
- Kletečka-Pulker* in Aigner/Kletečka/Kletečka-Pulker/Memmer, Handbuch Medizinrecht (Stand 01.10.2020, rdb.at)
- Kopetz*, Dokumentation der Krankenbehandlung in der Arztpraxis, RdM 1995, 12
- Moecke/Dirks/Friedrich/Hennes/Lackner/Messelken/Neumann/Pajonk/Reng/Schächinger/Violka*, DIVI-Notarzteinsatzprotokoll – Version 4.0 in Anästhesiologie & Intensivmedizin 2000
- Moosbrugger/Kelava*, Testtheorie und Fragebogenkonstruktion³ (2020)
- Neumayr* in Resch/Wallner (Hrsg), Medizinrecht³ (2020)
- Pletzer*, Vor- und nachvertragliche Pflichten beim Behandlungsvertrag in RdM 2014/151
- Rehborn/Kern* in Laufs/Kern/Rehborn, Handbuch des Arztrechts⁵ (2019)
- Reifferscheid* in Scholz/Sefrin/Böttiger/Dörges/Wenzel (Hrsg), Notfallmedizin³ (2013)
- Spickhoff/Bleckwenn*, Zum Beweiswert digitaler Aufklärungsbögen bei Verwendung elektronischer Signaturen, VersR 2013, 1350
- Steinhilper* in Laufs/Kern/Rehborn (Hrsg), Handbuch des Arztrechts⁵ (2019)

Stellamor/Steiner, Handbuch des österreichischen Ärzterechts, Bd I Arzt und Recht (1999)

Wallner in Resch/Wallner (Hrsg), Medizinrecht³ (2020)

Wallner, Therapeutisches Privileg – zwischen Ehrlichkeit und Menschlichkeit in RdM 2023/45

Internetquellen

ÄLRD, Rettungsdienststrukturen im Bundesland Tirol <<https://aelrd-tirol.at/notarztversorgung>> 06.03.2024.

DIVI, MIND/Notfalleinsatzprotokoll, <divi.de/empfehlungen/qualitaetssicherung-intensivmedizin/mind-notfalleinsatzprotokoll> 27.10.2023

Häfele/Schneider/Schutz/Lohs, Validierung des M-NACA-Scores und Überarbeitung für den Datensatz MIND 4.0 in Notfall + Rettungsmedizin (2023), <<https://link.springer.com/article/10.1007/s10049-023-01168-3>> 15.01.2024.

LIV, Ärztliche Noteinsätze bei Palliativpatienten in der Sterbephase <<https://aelrd-tirol.at/doku/Aerztliche%20Noteinsaetze%20bei%20Palliativpatienten%20in%20der%20Sterbephase.pdf>>, 25.10.2023.

Notruf Niederösterreich, LeoDok für Notärzte und notarztdoku.at <notrufnoe.com/leodok-fuer-notaerzte/> 21.10.2023.

Anhang

Im Anhang kann der Fragebogen der Umfrage zur Dokumentationspflicht in der präklinischen Notfallmedizin eingesehen werden.

Umfrage zum Thema „Dokumentationspflicht in der präklinischen Notfallmedizin – Ihre Erfahrungen und Ihre kollegiale Meinung sind gefragt!“

Sehr geehrte Kolleg:innen,

die Dokumentationspflicht zählt zu den Aufgaben von Ärztinnen und Ärzten im klinischen und präklinischen Berufsalltag. Entsprechend den rechtlichen Vorgaben muss eine medizinische Dokumentation nach jedem Patient:innenkontakt erfolgen. In welcher Form, zu welcher Zeit und mit welchen inhaltlichen Vorgaben die Dokumentation der Patient:innenkontakte im klinischen und präklinischen Alltag von Ärztinnen und Ärzten durchgeführt wird, lässt Raum für Interpretation und Diskussion.

Aus diesem Grund habe ich, Dr. med. univ. Lisa Schlögl, mich entschieden, mich im Rahmen meiner Masterarbeit am Universitätslehrgang „Medizinrecht“ der Leopold-Franzens-Universität Innsbruck vertiefend mit den rechtlichen Grundlagen der Dokumentationspflicht auseinanderzusetzen und eine Umfrage zum Thema durchzuführen.

Durch Ihre Teilnahme an dieser Umfrage leisten Sie einen wertvollen Beitrag zur Erforschung der Umsetzung der Dokumentationspflicht im Bereich der präklinischen Notfallmedizin im Praxisalltag von Ärztinnen und Ärzten in Tirol.

Was ist das Ziel dieser Umfrage?

Ziel dieser Umfrage ist es zu erfassen, wie die Dokumentation hinsichtlich der Form, des Inhalts und des Zeitpunkts im Bereich der präklinischen Notfallmedizin von Ärztinnen und Ärzten in Tirol in deren Praxisalltag erfolgt und dies mit der herrschenden Dokumentationspflicht zu vergleichen.

Die Ergebnisse der vorliegenden Umfrage fließen als empirischer Teil zur „Rechtlichen Betrachtung der Dokumentationspflicht in der Notfallmedizin“ in die Masterarbeit von Dr. med. univ. Lisa Schlögl im Rahmen des Universitätslehrganges „Medizinrecht“ an der Leopold-Franzens-Universität Innsbruck ein.

Wer wird zur Teilnahme an dieser Umfrage eingeladen?

- Notärztinnen und Notärzte, die präklinisch an einem NEF-Stützpunkt in Tirol tätig sind (unabhängig von der Form ihres Anstellungsverhältnisses)
- Notärztinnen und Notärzte, die bis vor zwei Jahren präklinisch an einem NEF-Stützpunkt in Tirol tätig waren (bereits im Ruhestand, derzeit in Karenz oder ohne derzeitiges Anstellungsverhältnis im notfallmedizinischen Bereich).

Wie lang dauert die Teilnahme an dieser Umfrage?

Das Ausfüllen des Fragebogens dauert etwa 10 Minuten. Vielen Dank bereits an dieser Stelle für Ihre Zeit. 😊

Gibt es irgendwelche Risiken durch die Teilnahme an dieser Umfrage?

Nein, durch die Teilnahme an der vorliegenden Umfrage entstehen keine Risiken für Sie. Die Umfrage wird in anonymer Form durchgeführt, wodurch keine Rückschlüsse auf Ihre Person möglich sind. Zudem erfolgt Ihre Teilnahme an dieser Umfrage selbstverständlich freiwillig.

Informationen zur Anonymität – Was passiert mit Ihren Daten?

Diese Umfrage wird ausschließlich zu Zwecken der Masterarbeit von Dr. med. univ. Lisa Schlögl zur „Rechtlichen Betrachtung der Dokumentationspflicht in der Notfallmedizin“ durchgeführt. Die erhobenen Daten werden vertraulich behandelt, sind ausschließlich der Masterstudentin zugänglich und sind gegen unbefugten Zugriff durch Dritte gesichert. Die Ergebnisse dieser Umfrage werden im Rahmen der Masterarbeit von Dr. Lisa Schlögl im Rahmen des Universitätslehrganges „Medizinrecht“ an der Leopold-Franzens-Universität Innsbruck verwertet.

Im Rahmen dieser Umfrage werden ausschließlich anonyme Daten erfasst, wodurch anhand der Daten keine Rückschlüsse auf Ihre Person gezogen werden können. Es werden keine IP-Adressen erhoben. Nachdem Sie diese Umfrage beendet haben, können Ihre Antworten nicht mehr gelöscht werden; aufgrund der Anonymität bei der Dateneingabe ist es für die Analyse nicht möglich, spezifische Datensätze mit einzelnen Personen in Verbindung zu bringen. Dieses Forschungsvorhaben hat zudem keine personenbezogenen Ergebnisse zum Ziel.

Das Programm SosciSurvey zur Erstellung dieser Online-Umfrage ist umfassend auf dessen Sicherheitsfunktion (u.a. SSL-Verschlüsselung, keine Cookies, Sichere Server-Infrastruktur) getestet und zertifiziert (https://www.socisurvey.de/help/doku.php/de:general:privacy#sichere_server-infrastruktur).

Haben Sie noch Fragen?

Bei Fragen zu diesen Informationen und zu dieser Umfrage können Sie sich gerne an mich wenden:
Dr. med. univ. Lisa Schlögl (Turnusärztin und Masterstudierende)
E-Mail: lisa.schloegl@tirol-kliniken.at

Einverständniserklärung zur Teilnahme an dieser Umfrage

Ja, ich erkläre mich bereit, an dieser Umfrage teilzunehmen.

Ich habe die Informationen zur Teilnahme gelesen, bin damit einverstanden und habe mich aus freiem Willen für die Teilnahme an dieser Umfrage entschieden. Ich stimme zu, dass meine Antworten zu Zwecken der Masterarbeit von Dr. Lisa Schlögl verarbeitet werden dürfen.

Nein, ich möchte nicht an dieser Umfrage teilnehmen.

Informationen zum Ausfüllen des Fragebogens

Vielen Dank, dass Sie sich bereit erklärt haben, an dieser Umfrage teilzunehmen.

Bitte versuchen Sie die **Fragen** so zu **beantworten, wie es auf Ihren Praxisalltag als Notärztin/Notarzt am besten zutrifft**.

Im Rahmen dieser Umfrage gibt es **keine richtigen/falschen oder guten/schlechten Antworten**. In diesem Sinne werden Sie gebeten, die **Fragen ehrlich und spontan zu beantworten**. Nur so kann ein realistischer Einblick zur derzeitigen Umsetzung der Dokumentationspflicht in der präklinischen Notfallmedizin in Tirol gewonnen werden.

Nehmen Sie die Dokumentationspflicht in der präklinischen Notfallmedizin als wichtigen Bestandteil der Patient:innenversorgung wahr?

Kreuzen Sie bitte die für Sie zutreffende Antwort an.

Immer Oft Selten Nie

Nehmen Sie die Dokumentationspflicht in der präklinischen Notfallmedizin als Belastung wahr?

Kreuzen Sie bitte die für Sie zutreffende Antwort an.

Immer Oft Selten Nie

Weshalb erleben Sie die Dokumentationspflicht in der präklinischen Notfallmedizin als Belastung?

Kreuzen Sie bitte die für Sie zutreffende(n) Antwort(en) an. Mehrfachantworten sind möglich.

- aufgrund der Dauer der Dokumentation
- aufgrund der vielen Daten, die im Dokumentationsformular einzutragen sind
- aufgrund der steigenden Einsatzzahlen und somit hohen Anzahl an Dokumentationen
- aufgrund einer nicht übersichtlichen Eingabeoberfläche bei der digitalen Dokumentation
- Sonstiges:

Wie viel Zeit benötigen Sie im Durchschnitt insgesamt für die notfallmedizinische Dokumentation pro Patient:in?

Kreuzen Sie bitte die für Sie zutreffende Antwort an.

< 5 Minuten

5-10 Minuten

10-20 Minuten

> 20 Minuten

Was schätzen Sie, wie viel Prozent der Dokumentationszeit auf den medizinischen Teil bzw. den administrativen Teil (Verrechnung, Qualitätsmanagement etc.) entfallen?

Kreuzen Sie bitte die für Sie zutreffende Antwort an.

- 10% medizinisch / 90% administrativ
- 20% medizinisch / 80% administrativ
- 30% medizinisch / 70% administrativ
- 40% medizinisch / 60% administrativ
- 50% medizinisch / 50% administrativ
- 60% medizinisch / 40% administrativ
- 70% medizinisch / 30% administrativ
- 80% medizinisch / 20% administrativ
- 90% medizinisch / 10% administrativ

Haben Sie das Gefühl, dass der Aufwand der Dokumentation in der Notfallmedizin in den vergangenen 5 Jahren zugenommen hat?

Kreuzen Sie bitte die für Sie zutreffende Antwort an.

Ja	Nein	Keine Angabe
----	------	--------------

Worauf beruht Ihr Gefühl, dass der Aufwand der Dokumentation in der Notfallmedizin in den vergangenen 5 Jahren zugenommen hat?

Kreuzen Sie bitte die für Sie zutreffende(n) Antwort(en) an. Mehrfachantworten sind möglich.

- Zunahme der zu dokumentierenden notfallmedizinischen Einsätze
- Änderungen der Vorgaben durch Dienstanweisungen
- Zunehmende Digitalisierung
- Sonstiges:

Wären Sie bereit, zu Zwecken der Qualitätssicherung noch mehr notfallmedizinische Daten zu dokumentieren?

Kreuzen Sie bitte die für Sie zutreffende Antwort an.

Ja	Nein	Keine Angabe
----	------	--------------

Ich verwende folgende Dokumentationsformen in der Notfallmedizin:

Kreuzen Sie bitte die jeweils für Sie zutreffende Antwort an.

	Immer	Oft	Selten	Nie
Handschriftliches Protokoll (z.B. NACA/Trimmel)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Digitale Dokumentation (z.B. Medicalpad)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Werden Ihrer Erfahrung nach bei der digitalen Dokumentation (z.B. mittels Medicalpad) alle wichtigen Daten für eine notfallmedizinisch ausreichende Dokumentation erfasst?

Kreuzen Sie bitte die für Sie zutreffende Antwort an.

- Ja
- Nein, es werden zu viele Informationen erfasst.
- Nein, es werden wichtige Informationen nicht erfasst.

Welche Informationen (bei der digitalen Dokumentation) sind Ihrer Meinung nach für die notfallmedizinische Versorgung nicht von Bedarf?

Geben Sie bitte an, welche Informationen Ihrer Meinung nach nicht von Bedarf sind.

Welche Informationen (bei der digitalen Dokumentation) fehlen Ihrer Meinung nach für eine medizinisch sachgerechte Dokumentation?

Geben Sie bitte an, welche Informationen Ihrer Meinung nach fehlen.

Erscheint Ihnen eine ausschließlich digitale notfallmedizinische Dokumentation ohne handschriftliches Protokoll der Erfahrung nach als ausreichend?

Kreuzen Sie bitte die für Sie zutreffende Antwort an.

Ja

Nein

Keine Angabe

Weshalb erscheint Ihnen eine ausschließlich digitale notfallmedizinische Dokumentation nicht als ausreichend?

Beschreiben Sie bitte Ihre Erfahrungen.

Wann finalisieren Sie die Dokumentation eines notfallmedizinischen Einsatzes, wenn Sie handschriftlich bzw. digital dokumentieren?

Bitte kreuzen Sie entsprechend Ihrer Verwendung an.

handschriftlich (Protokoll)

während des Einsatzes	unmittelbar nach dem Einsatz	innerhalb von 2h nach dem Einsatz	2 bis 24h nach dem Einsatz	> 24h nach dem Einsatz	Ich mache keine Doku in dieser Form.
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

digital (z.B. Medicalpad)

während des Einsatzes	unmittelbar nach dem Einsatz	innerhalb von 2h nach dem Einsatz	2 bis 24h nach dem Einsatz	> 24h nach dem Einsatz	Ich mache keine Doku in dieser Form.
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Wie oft müssen Sie Ihrer Erfahrung nach die Dokumentation eines notfallmedizinischen Einsatzes aufgrund von Folgeeinsätzen zeitlich verschieben?

Kreuzen Sie bitte die für Sie zutreffende Antwort an.

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Immer	Oft	Manchmal	Selten	Nie

Wie lange nach einem notfallmedizinischen Einsatz ist es Ihrer Erfahrung nach möglich, noch eine korrekte und ausreichende medizinische Dokumentation zu erstellen?

Kreuzen Sie bitte die für Sie zutreffende Antwort an.

- < 1 Stunde danach
- 1-2 Stunden danach
- max. 12 Stunden danach
- max. 24 Stunden danach
- > 24 Stunden danach

Machen Sie neben dem handschriftlichen Protokoll und/oder der digitalen Dokumentation eigene zusätzliche Aufzeichnungen?

Kreuzen Sie bitte die für Sie zutreffende Antwort an.

<input type="button" value="Ja"/>	<input type="button" value="Nein"/>	<input type="button" value="Keine Angabe"/>
-----------------------------------	-------------------------------------	---

In welcher Form machen Sie neben dem handschriftlichen Protokoll und/oder der digitalen Dokumentation noch eigene zusätzliche Aufzeichnungen?

Kreuzen Sie bitte die für Sie zutreffende(n) Antwort(en) an. Mehrfachantworten sind möglich.

handschriftlich

digital

Sonstiges:

Aus welchen Gründen machen Sie neben dem handschriftlichen Protokoll und/oder der digitalen Dokumentation noch eigene zusätzliche Aufzeichnungen?

Geben Sie bitte Ihre Gründe an.

Haben Sie bereits mit anderen Dokumentationssystemen in der Notfallmedizin außer dem Trimmel-Protokoll und der Patient:innenendaten-Dokumentationssoftware „Medicalpad“ gearbeitet?

Kreuzen Sie bitte die für Sie zutreffende Antwort an.

Ja

Nein

Keine Angabe

Mit welchen anderen Dokumentationssystemen in der Notfallmedizin außer dem Trimmel-Protokoll und der Patient:innenendaten-Dokumentationssoftware „Medicalpad“ haben Sie bereits gearbeitet?

Nennen Sie bitte die verwendeten Dokumentationssysteme.

Gab es dabei Aspekte, die Sie als positiv empfanden und Ihrer Meinung nach zu einer Verbesserung der in Tirol gängigen medizinischen Dokumentation in der Notfallmedizin beitragen könnten? Wenn ja, welche?

Nennen Sie bitte die Aspekte, die Ihrer Meinung nach zu einer Verbesserung der in Tirol gängigen medizinischen Dokumentation in der Notfallmedizin beitragen könnten.

Von wem bzw. wie wurde Ihnen beigebracht die notfallmedizinische Dokumentation zu führen?

Kreuzen Sie bitte die für Sie zutreffende(n) Antwort(en) an. Mehrfachantworten sind möglich.

- Im Rahmen des Notarztkurses.
- Durch die Begleitung eines Notarztes/einer Notärztin im Rahmen meiner Ausbildung.
- Anhand der im Intranet des Roten Kreuzes zur Verfügung gestellten Anleitung.
- „Learning by Doing“
- Sonstiges:

Hatten Sie in Ihrem Praxisalltag am NEF bereits Probleme technischer bzw. rechtlicher Natur hinsichtlich der Dokumentation in der Notfallmedizin?

Kreuzen Sie bitte die für Sie zutreffend(en) Antwort(en) an. Mehrfachantworten sind möglich.

Bei der Auswahl der Antwort „Ja“, geben Sie bitte an welche Probleme Sie erlebten.

- Ja, rechtlicher Natur. Ich habe folgende Probleme erlebt:
- Ja, technischer Natur. Ich habe folgende Probleme erlebt:
- Nein

Haben Sie bereits Erfahrungen mit einem notfallmedizinischen Einsatz mit rechtlichen Konsequenzen?

Kreuzen Sie bitte die für Sie zutreffende(n) Antwort(en) an. Mehrfachantworten sind möglich.

- Ja, zivilrechtlich (z.B. Schadenersatzforderungen)
- Ja, strafrechtlich
- Nein

Spielte die medizinische Dokumentation bei diesen rechtlichen Konsequenzen eine Rolle?

Kreuzen Sie bitte die für Sie zutreffende Antwort an.

Ja

Nein

Ist Ihnen bekannt, ob Patient:innen bereits Einsicht in Ihre notfallmedizinische Dokumentation nehmen wollten?

Kreuzen Sie bitte die für Sie zutreffende Antwort an.

Ja

Nein

Weiß ich nicht.

Würden Sie es als unterstützend empfinden vor Eintreffen am Notfallort, digital in Patient:innenverfügungen einsehen zu können? (soweit dies die zeitlichen Ressourcen in der Situation erlauben)

Kreuzen Sie bitte die für Sie zutreffende Antwort an.

Ja

Nein

Weder noch.

Demografische Daten

Beantworten Sie für den Zweck dieser Forschungsarbeit bitte folgende zwei Fragen zu Ihren demografischen Daten. Vielen Dank.

Wie lange sind Sie bereits in der präklinischen Notfallmedizin tätig?

Kreuzen Sie bitte die für Sie zutreffende Antwort an.

- < 1 Jahr
- 1-5 Jahre
- 6-10 Jahre
- > 10 Jahre
- Keine Angabe.

An welchen Notarzt-Stützpunkt(en) in Tirol sind Sie derzeit tätig?

Kreuzen Sie bitte die für Sie zutreffende(n) Antwort(en) an.

- Landeck
- Reutte
- Imst
- Telfs
- Innsbruck
- Schönberg
- Hall in Tirol
- Schwaz
- Mayrhofen
- Kramsach
- Kufstein
- St. Johann
- Matrei in Osttirol
- Lienz
- Keine Angabe.

Gibt es etwas, das Sie zum Thema „Dokumentationspflicht in der präklinischen Notfallmedizin“ gerne noch ergänzen möchten?

Kurzbiographie

Dr. med. univ. Lisa Maria Schlögl, geb. 08.11.1995

Nach Abschluss meiner Ausbildung im Bereich „Graphik und Kommunikationsdesign“ an der HTL Innsbruck, entschied ich mich gegen Ende meiner Schulzeit für ein Medizinstudium. Von 2015 bis 2021 absolvierte ich das Medizinstudium an der Medizinischen Universität Innsbruck, in dessen Rahmen ich ua mehrere Jahre als studentische Mitarbeiterin am Department für Anatomie tätig war. Das Studium schloss ich mit meiner Abschlussarbeit zum Thema „Quantifizierung der Atherosklerose an den extrakraniellen Carotisgefäßen in der Stroke-Card-Studie“ am Department für Neurologie erfolgreich ab. Neben meiner Ausbildung zur Ärztin für Allgemeinmedizin im LKH Hall begann ich 2021 am Universitätslehrgang „Medizinrecht“ an der Universität Innsbruck zu studieren, um neben medizinischem Wissen und Erfahrungsschatz auch ein Verständnis für die medizinrechtlichen Grundlagen und Voraussetzungen im Gesundheitswesen zu erlangen. Im Rahmen meiner Masterarbeit vertiefte ich mein Wissen zur Dokumentationspflicht, welche Ärzte im klinischen Alltag in unterschiedlichsten Formen beschäftigt.

Trins, 19.05.2024